



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arztstempel und Unterschrift

Barcode

GESCHLECHT DES PROBANDEN/PATIENTEN	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
BEFUND	
<input type="checkbox"/> Eilige Befundübermittlung per Fax	
Fax-Nr.: _____	

PROBENMATERIAL		
<input type="checkbox"/> Fruchtwasser	<input type="checkbox"/> Abortmaterial	<input type="checkbox"/> Heparin-Blut
<input type="checkbox"/> Chorionzotten	<input type="checkbox"/> Gewebe	<input type="checkbox"/> EDTA-Blut
<input type="checkbox"/> Nabelschnurblut	<input type="checkbox"/> Zellsuspension	
Probengefäße (Anzahl)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Tag/Uhrzeit Probennahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

RECHNUNGSART	
<input type="checkbox"/> Kasse (Schein Muster 10)	
<input type="checkbox"/> Privat	
<input type="checkbox"/> Selbstzahler/IGeL (s. Rückseite)	
RECHNUNGSEMPFÄNGER	
<input type="checkbox"/> Einsender	
<input type="checkbox"/> Proband/Patient	

Verdachtsdiagnose (Fragestellung, Bemerkungen)

Bei genetischen Fragestellungen ist eine Abklärung der Situation und Befunde im Rahmen einer genetischen Beratung zu empfehlen.

Klinische Daten

Anzahl der Feten

Letzte Regel

Schwangerschaftswoche +

Chromosomenanalyse / FISH

- Chromosomenanalyse und humangenetische Beurteilung
- Chromosomenanalyse und Interphase-FISH (pränataler Schnelltest) Ausschluss Aneuploidie Chromosomen X, Y, 13, 18, 21 (Durchführung nur zusätzlich zur konventionellen Chromosomenanalyse)
 - Medizinische Indikation
 - Selbstzahler-Leistung (128,25 €)
- Chromosomenanalyse und Metaphase-FISH
 - Ausschluss kryptische Translokation
 - Trisomie 13
 - Trisomie 18
 - Trisomie 21
- DiGeorge/Velocardiofaciales Syndrom
- Williams-Beuren-Syndrom
- andere

Biochemie

- aus Fruchtwasser
 - AFP
 - AChE

Array-CGH-Analyse

- Array-CGH

(nach telefonischer Rücksprache, bei eindeutig auffälligem Ultraschall oder auffälliger (Familien-) Anamnese für Chromosomenveränderungen); keine Regelleistung (siehe Rückseite)

Bitte auch EDTA-Blut beider Eltern inkl. Einverständnis für evtl. Elternuntersuchungen mitschicken.

Molekulargenetik

- Untersuchung*

*Bitte genaue Bezeichnung Analyse sowie Angaben zu Indikation, Familienanamnese, Vorbefunde oder auch Anforderungsformular „Molekulargenetische Diagnostik“ verwenden.

Indikation

- Wunsch der Patientin
 - erhöhtes mütterliches Alter
 - auffälliger Ultraschallbefund:
-
- auffälliger Befund nach Serum-Screening:
-
- auffälliger Chromosomenbefund:
-
- vorangegangene Schwangerschaft mit:
 - freier Trisomie 21
 - Translokationstrisomie 21
 - anderer Chromosomenauffälligkeit: (Bitte Vorbefunde beilegen)
 - Trisomie 21 (ohne weitere Angabe)
 - Trisomie 13
 - Trisomie 18

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bestätige, dass ich von [] im Hinblick auf die bei mir / der von mir vertretenen Person¹ nachfolgend näher beschriebene gendiagnostische Untersuchung(en) nach dem Gendiagnostikgesetz

über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten genetischen Untersuchung(en), die erzielbaren Ergebnisse, die gesundheitlichen Risiken sowie die vorgesehene Verwendung der genetischen Probe und der Untersuchungsergebnisse aufgeklärt wurde.

Zudem bestätige ich, dass

- (1.) mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung eingeräumt wurde.
(2.) ich mit der/den oben genannten Untersuchung(en) und der erforderlichen Gewinnung der genetischen Probe einverstanden bin.

Ich bestätige, dass ich darüber aufgeklärt wurde und mir bekannt ist, dass ich ein umfassendes Recht auf Nichtwissen ausüben kann und die Einwilligung außerdem jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann, die Untersuchung dann abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Zusätzlich erkläre ich meine Einwilligung

- in die Aufbewahrung der genetischen Probe nach Abschluss der genetischen Untersuchung(en), damit das Labor sie ggf. in anonymisierter Form für Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke (z. B. statistische Auswertungen) verwenden kann, ohne Anspruch darauf zu erheben,
in die Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus, damit sie ggf. auch danach in verschlüsselter Form vom Labor für Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können, ohne Anspruch darauf zu erheben,
in die Mitteilung ggf. erhobener Zufallsbefunde, ohne Anspruch darauf zu erheben,
in die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses bei Nichterreichen meines behandelnden Arztes, auch an mitbehandelnde Ärzte der Praxis/Einrichtung oder vertretende Ärzte,
in die Weiterleitung des Untersuchungsauftrags bei Erforderlichkeit an spezialisierte kooperierende Labore. In diesem Fall werden die Untersuchungsergebnisse an das von mir beauftragte Labor berichtet, welches für die weitere Befundübermittlung zuständig ist.

Inhalt des Aufklärungsgesprächs:

[Empty box for content of the clarification conversation]

Ort, Datum Unterschrift Patient/in bzw. Vertreter/in
Ort, Datum Unterschrift Arzt/Ärztin
Ort, Datum Unterschrift weitere beteiligte Person²

² Bei gendiagnostischer Untersuchung zur Klärung der Abstammung auf Grundlage einer Einwilligung muss diese von allen Beteiligten erklärt werden.

Wichtige Informationen

Gemäß dem deutschen Gendiagnostikgesetz (GenDG) ist die Schwangere vor und nach einer vorgeburtlichen genetischen Untersuchung genetisch zu beraten (§15, Absatz 3; Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2009 Teil I Nr. 50, ausgegeben zu Bonn am 4. August 2009).

Präanalytik und Versandmaterial

Pränatale genetische Untersuchungen werden durchgeführt an:

Chorionzotten (CVS): mind. 30 mg (inkl. Array-CGH) Fruchtwasserzellen: 10-15 ml (inkl. Array-CGH: 15-20 ml) Nabelschnurblut: 2-3 ml Lithium-Heparin-Blut

Außerdem kann eine genetische Untersuchung erfolgen an:

Abortmaterial (erforderliches Material: Chorionzotten, Teile der Nabelschnur, Achillessehne, Fascia lata/Material nicht älter als 3 Tage)

Da es sich um Materialien für Zellkulturen handelt, darf das Probenmaterial nicht eingefroren werden. Vorgehen nach Entnahme von:

Chorionzotten (CVS) (ab 11. SSW):

- in sterilem Transportmedium einsenden*
- Lagerung und Versand bei Raumtemperatur

Fruchtwasser (ab 15. SSW):

- die ersten 2 ml verwerfen, nicht zentrifugieren
- Lagerung und Versand bei Raumtemperatur

Nabelschnurblut (ab 20. SSW):

- Lithium-Heparin-Röhrchen
- Lagerung und Versand bei Raumtemperatur

Abortmaterial:

- in sterilem Transportmedium einsenden*
- Lagerung und Versand bei Raumtemperatur

* Steriles, ausdrücklich zum Zelltransport geeignetes Gefäß mit physiologischer Kochsalzlösung (0,9 % NaCl) verwenden.

Um eine schnellstmögliche Aussage hinsichtlich der am häufigsten auftretenden numerischen Chromosomenveränderungen zu erhalten, kann zusätzlich ein pränataler Schnelltest (Interphase-FISH) durchgeführt werden. Für diese Analyse bitte 3 ml Fruchtwasser mehr entnehmen.

Abrechnung

Anforderung mit Überweisungsschein

Bitte beachten Sie, dass für die Anforderung zytogenetischer und molekulargenetischer Untersuchungen als kassenärztliche Leistung der Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10) notwendig ist. Humangenetische Untersuchungen belasten nicht das Laborbudget.

Anforderung einer pränatalen Array-CGH

Eine Abrechnung der pränatalen Array-CGH-Diagnostik ist über EBM-Ziffer bisher nicht möglich. Momentan muss jede Untersuchung vom Kostenträger individuell genehmigt werden. Alternativ müsste die Patientin die Kosten selbst übernehmen. Wir stellen Ihnen gerne ein Formular für den entsprechenden Kostenübernahme-Antrag zur Verfügung, das Sie, sobald Sie eine Indikation für eine pränatale Array-CGH sehen, mit Ihrer Patientin ausfüllen und an die entsprechende Kasse schicken können.

Anforderung nach GOÄ

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmung zur GOÄ dürfen dem Patienten vom Arzt nur Leistungen in Rechnung gestellt werden, die er selbst erbracht hat. In der Rechnung sollten daher Leistungen, die nicht vom abrechnenden Arzt, sondern von einem Kooperationspartner erbracht worden sind, erkennbar dargestellt sein. Dies kann durch den Hinweis erfolgen, dass die Abrechnung durch Sie, den berechnenden Arzt, eine Serviceleistung der Praxis für den Patienten ist. Zusätzlich hierzu sollte eine Kopie der Laborrechnung Ihrer Gesamtrechnung beigelegt werden.

Einverständniserklärung

Nach Aufklärung und sachlicher Information über Bedeutung, medizinischen Nutzen sowie etwaige Risiken wünsche ich die obigen ärztlichen Leistung/en. Auf mein Recht zur ärztlichen Zweitmeinung wurde ich hingewiesen. Mir ist bekannt, dass die Kosten für diese Leistung/en nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung und u.U. nicht von der privaten Krankenversicherung übernommen werden; die ausgestellte Rechnung ist auch nicht beihilfenfähig. Die Kosten trage ich selbst. Die voraussichtlichen Gesamtkosten hierfür, mit den GOÄ-Ziffern, wurden mir mitgeteilt. Nach ausreichender Bedenkzeit erteile ich mit meiner Unterschrift den Auftrag zu

obigen/r ärztlichen/r Leistung/en und mein Einverständnis zur Abrechnung der ärztlichen Leistung und Geltendmachung der Forderung durch die PVS Bayern AG (PVS), Arnulfstraße 31, 80636 München und Weitergabe der dafür erforderlichen Daten (Personen- und Behandlungsdaten) an diese. Mir ist bekannt, dass die Probe und meine Daten, soweit notwendig, an ein anderes Labor übermittelt werden könnten. Der Datenschutz bleibt dabei gewahrt.

Datum Unterschrift Patient/in