



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname 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"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
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="text" value=""/>		
Tag/Uhrzeit Probennahme <input type="text" value=""/> /		

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 auf der Rückseite

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz

– Nichtzutreffendes bitte streichen –

Mit meiner Unterschrift erteile ich am _____ nach erfolgter

Aufklärung durch: _____

über Wesen, Bedeutung und Tragweite der oben gekennzeichneten genetischen Untersuchung(en) und der dafür erforderlichen Blut-/Fruchtwasser-/Gewebeentnahme für diese mein Einverständnis.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das GenDG eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vorschreibt. Mit einer längerfristigen Aufbewahrung des Probenmaterials bin ich dennoch einverstanden, um ggf. erforderliche oder gewünschte Überprüfungen des Ergebnisses bzw. weiterführende genetisch-diagnostische Untersuchungen zu einem späteren Zeitpunkt zu ermöglichen.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form gespeichert und in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke oder für Zwecke der Qualitätssicherung genutzt/publiziert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchungen **nicht** entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden (damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen).

Ich gestatte ihre Verwendung für wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form.

Mir ist bekannt, dass ich alle getätigten Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

Folgendes gilt im Falle einer pränatalen Array-CGH:

Mir ist bekannt, dass mir folgende Ergebnisse gemäß GenDG nicht mitgeteilt werden: Nebenbefunde wie Anlageträgerschaften (für rezessive Erkrankungen oder X-rezessive Erkrankungen bei weiblichem Geschlecht), Risikofaktoren und spät-manifestierende Erkrankungen des Feten, die keine medizinischen Konsequenzen im Kindes- und Jugendalter haben. Weiterhin bin ich informiert worden, dass auch unklare und wahrscheinlich klinisch nicht-relevante Veränderungen nicht berichtet werden. Außerdem ist mir bekannt, dass bei wahrscheinlich relevanten Veränderungen Eltern-Untersuchungen zur weiteren Abklärung durchgeführt werden müssen, die auch eines separaten Einverständnisses bedürfen.

Ort, Datum

Name des/r Patienten/in bzw. des (gesetzlichen) Vertreters

Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des (gesetzlichen) Vertreters

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)

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.

Da es sich um Materialien für Zellkulturen handelt, darf das Probenmaterial **nicht eingefroren** werden.

Vorgehen nach Entnahme von:

Fruchtwasser (ab 15. SSW):

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

Nabelschnurblut (ab 20. SSW):

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

Chorionzotten (CVS) (ab 11. SSW):

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

Abortmaterial:

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

* Transportmedium bei Bioscientia Zentrum für Humangenetik erhältlich; alternativ hierzu kann ein steriles ausdrücklich zum Zelltransport geeignetes Gefäß mit physiologischer Kochsalzlösung (0,9 % NaCl) unter Zugabe von Penicillin/Streptomycin (jeweils 100 µg/ml) oder Gentamycin (50 µg/ml) verwendet werden.

Auftragsformulare, Versand- und Verpackungsmaterial bei Bioscientia Zentrum für Humangenetik Ingelheim anfordern.

• Abrechnung

Anforderung mit Überweisungsschein

Hinweis zur Anforderung mit Überweisungsschein: Bitte beachten Sie, dass für die Anforderungen von zytogenetischen und molekulargenetischen 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**. So muss leider jede Untersuchung momentan vom Kostenträger individuell genehmigt werden. Alternativ müssten die Kosten von der Patientin selbst übernommen werden.

Wir stellen Ihnen gerne ein Formular für den entsprechenden **Kostenübernahme-Antrag** zur Verfügung, welches 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

Auf Grund 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.

Anforderung einer Individuellen Gesundheitsleistung (IGeL) Patientenerklärung zu Selbstzahler / IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen)

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse beauftrage ich die Veranlassung von laborärztlichen Leistungen. Mir ist bekannt, dass die gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, die Kosten der von mir beauftragten Leistungen ganz oder anteilig zu übernehmen. Ich werde die Kosten dieser Leistungen selbst tragen und bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einverstanden. Die ermittelten Ergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____