



Bioscientia MVZ Ingelheim – Zentrum für Humangenetik | Konrad-Adenauer-Str. 17 |
D-55218 Ingelheim | Tel. 06132-781-411 | Fax 06132-781-194 | info.genetik@bioscientia.de
www.bioscientia-humangenetik.de

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	

Probenmaterial	
<input type="checkbox"/> EDTA-Blut	Säugling / Kleinkind 1–2 ml Kinder / Erwachsene 3–5 ml
Probengefäße (Anzahl)	□ □
Tag der Probennahme	□ □ □ □ □ □ / □ □ □ □

Rechnungsart	
<input type="checkbox"/> Kasse (Schein Muster 10)**	<input type="checkbox"/> Privat*
<input type="checkbox"/> Selbstzahler*	
Rechnungsempfänger	
<input type="checkbox"/> Einsender	<input type="checkbox"/> Proband/Patient

Anamnese

Elterliche Blutsverwandschaft ja nein Proband/Patient erkrankt ja nein
 Familienangehörige erkrankt ja nein wer: _____
 konventionelle Chromosomenanalyse bereits durchgeführt*** (s. Rückseite) ja nein
 Anamnese, Vorbefunde, ggf. Befundkopien: _____
 Ethnische Herkunft: _____

Klinische Angaben

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Motorik <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> Äußere Auffälligkeiten/ Fehlbildungen des Gesichts | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Neurologische Symptome <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Krampfanfälle / Epilepsie <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen (z. B. Herzfehler, Nierenfehlbildung, ZNS) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffällige Wachstumsparameter <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kleinwuchs <input type="checkbox"/> Mikrozephalie <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Autismus, Hyperaktivität) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

ggf. Stammbaum

SYMBOLE

weiblich	männlich
nicht betroffen	betroffen
betroffen	verstorben
Überträger	Überträger
Geschlecht nicht festgestellt	Schwangerschaft
Spontanabort	Schwangerschaftsabbruch
eineiige Zwillinge	zweieiige Zwillinge
Indexpatient	Infertilität

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz

Mit meiner Unterschrift erteile ich am _____ nach erfolgter Aufklärung durch: _____ über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung mein Einverständnis mit folgenden genetischen Analyse(n) und der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme:

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchungen neben meiner einsendenden Ärztin/meinem einsendenden Arzt auch folgenden Personen (mit betreuenden Ärzten; ggf. Ärzten, die Familienmitglieder betreuen) zur Verfügung gestellt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben 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).

Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Probenmaterial und daraus gewonnene Extrakte übereigne ich hiermit dem Labor, das die Analyse durchgeführt hat und gestatte die Verwendung für qualitätssichernde Maßnahmen und wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form.

Ich bin damit einverstanden, dass Daten für Abrechnungszwecke an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Mir ist bekannt, dass sich Nebenbefunde ergeben können, deren Mitteilung unvermeidbar ist, weil sie unmittelbar in Verbindung mit dem zur Klärung der Fragestellung erhobenen Befund stehen.

Im Falle einer Array-CGH-Analyse möchte ich auch über Ergebnisse informiert werden, die über einen starken genetischen Risikofaktor für eine andere als die in Frage stehende Erkrankung Aufschluss geben können,

nur, wenn es sich um eine therapierbare Erkrankung handelt

oder

auch, wenn es sich um eine nicht therapierbare Erkrankung handelt.

wenn ein deutlich erhöhtes Risiko für die Nachfolgenerationen resultiert (z. B. Hämophilie-Anlageträgerin).

Ich möchte nicht über Ergebnisse informiert werden, die nicht in Zusammenhang mit der in Frage stehenden Erkrankung stehen.

– Nichtzutreffendes bitte streichen –

Ich bin über die Möglichkeit informiert worden, dass Array-CGH Analyseergebnisse nicht eindeutig interpretierbar sein können und dass zur Bewertung möglicherweise eine Familienuntersuchung erforderlich sein kann.

Ich bin darüber informiert worden, dass bei Familienuntersuchungen die Möglichkeit der Erkennung eines heterozygoten Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen bei Deletionen sowie bei der Verwendung von SNP-Arrays die Möglichkeit der Erkennung von konsanguinen Familienverhältnissen besteht.

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

Ort, Datum: _____

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

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

Allgemeine Hinweise

* Bitte beachten Sie, dass bei Privatpatienten und Selbstzahlern diese Anforderung mit unterschriebener Einwilligungserklärung ausreichend ist. Unabhängig hiervon ist es sinnvoll, eine Kostenübernahmebescheinigung der PKV einzuholen. Unter Nennung der Indikation wird ein Antrag auf Kostenübernahme verschickt.

Kostenübernahme bitte an: Patient Einsender

Rechnung / Privatliquidation bitte an: Patient Einsender

** Bitte beachten Sie, dass diese Anforderung als kassenärztliche Leistung nur mit dem vollständig ausgefüllten Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchung als Auftragsleistung **Muster 10** unter Angabe der Verdachtsdiagnose (Array-CGH bei _____ [bitte Angabe der Indikation]) sowie der unterschriebenen Einwilligungserklärung gültig ist. **Die Untersuchungen belasten nicht Ihr Budget.**

*** **NEU**

Ab dem 01.07.2016 darf eine Array-Untersuchung (Gebührenordnungsposition, GOP 11508) erst dann durchgeführt werden, wenn die Fragestellung aufgrund der Analyseergebnisse der konventionellen Chromosomenanalyse (entsprechend der GOP 11502) nicht vollständig beantwortet werden konnte.

Wenn vorab keine konventionelle Chromosomenanalyse durchgeführt wurde, senden Sie bitte für die Array-Untersuchung neben einer EDTA Blutprobe zusätzlich eine Heparin-Blutprobe ein, damit wir vorab eine konventionelle Chromosomenanalyse durchführen können. Bitte fügen Sie auch hierfür „Chromosomenanalyse“ auf der Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hinzu.