



Bioscientia Institut für Medizinische Diagnostik GmbH |  
Konrad-Adenauer-Straße 17 | D-55218 Ingelheim | Tel. 06132-781-411 |  
Fax 06132-781-194 | info.genetik@bioscientia.de | bioscientia.de/genetik

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
[ ]
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

- Entwicklungsverzögerung
  - Motorik
  - Sprache
- Äußere Auffälligkeiten/ Fehlbildungen des Gesichts  
\_\_\_\_\_
- Angeborene Fehlbildungen (z. B. Herzfehler, Nierenfehlbildung, ZNS)
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Autismus, Hyperaktivität)
  - Sonstiges \_\_\_\_\_

- Neurologische Symptome
  - Krampfanfälle / Epilepsie
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Auffällige Wachstumsparameter
  - Kleinwuchs
  - Mikrozephalie
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## ggf. Stammbaum

**SYMBOLLE**

weiblich ○	nicht betroffen	männlich □
●	betroffen	■
⊙	verstorben	◻
◉	Überträger	◑
◇	Geschlecht nicht festgestellt	△
●	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 pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke oder für Zwecke der Qualitätssicherung genutzt/publiziert. Dies schließt die Ergebnisübermittlung in öffentliche Datenbanken zum Zwecke eines erweiterten Verständnisses der Beziehung zwischen genetischen Veränderungen und klinischen Symptomen für die medizinischen Fachgesellschaften mit ein. Die ärztliche Schweigepflicht bleibt gewahrt.

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 übereignen 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. Darüberhinaus ist mir bekannt, dass bereits mitgeteilte Ergebnisse der 10-jährigen Aufbewahrungsfrist unterliegen und selbst auf meinen Wunsch nicht vor deren Ablauf vernichtet werden können.

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 des ICD-10-Codes)) sowie der unterschriebenen Einwilligungserklärung gültig ist. **Die Untersuchungen belasten nicht Ihr Budget.**

\*\*\* 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.