

POSTNATALE CHROMOSOMENANALYSE



BIOSCIENTIA
MEDIZIN. LABOR. SERVICE.

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
Fax-Nr.: _____

PROBENMATERIAL
<input type="checkbox"/> Heparin-Blut <input type="checkbox"/> Fibroblasten <input type="checkbox"/> Andere []
Probengefäße (Anzahl) []
Tag/Uhrzeit Probennahme []/[]

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.

Untersuchung

- postnatale Chromosomenanalyse**
inkl. humangenetischem Gutachten
 - Eilbearbeitung (Neugeborene)
 - Mosaik-Untersuchung (erweiterte Auswertung)
- Metaphase-FISH (Mikrodeletionssyndrome)**
 - Cri-du-Chat Syndrom
 - DiGeorge/Velocardiofaciales Syndrom
 - Miller-Dieker Syndrom
 - Prader-Willi/Angelman Syndrom
 - Smith-Magenis Syndrom
 - Williams-Beuren Syndrom
 - Wolf-Hirschhorn Syndrom
 - andere (Sonden auf Anfrage)
- Tumorgenetik:** (Bitte Anforderungsschein „Tumorgenetik“ benutzen)
- Array-CGH** (EDTA-Blut erforderlich, bitte Anforderungsschein „Array-CGH“ benutzen)
- DNA-Analyse** (EDTA-Blut erforderlich, bitte Anforderungsschein „Molekulargenetische Diagnostik“ benutzen)

Symptome

- Dysmorphiezeichen
- Entwicklungsstörung
- geistige Retardierung
- habituelle Aborte
- Infertilität
- IVF/ICSI
- Minderwuchs
- multiple angeborene Fehlbildungen
- andere Symptome, weitere Angaben zum klinischen Verlauf/
Anamnese, Vorbefunde:

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-/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 anonymi-

sierter 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.

Ort, Datum

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

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

Wichtige Informationen

- Präanalytik und Versandmaterial

Heparin-Blut	Säuglinge und Kleinkinder: 2–3 ml / Raumtemperatur; Erwachsene: 5–7 ml / Raumtemperatur
Zellkultur*	min. 25 ml / Raumtemperatur
Fibroblasten/Hautstanze**	ca. 5 x 3 x 2 mm
EDTA-Blut (Array-CGH)	5–7 ml / Raumtemperatur

* in Kulturflasche, dicht bewachsen

** 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.

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 beigefügt 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