



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

Arztstempel und Unterschrift

Barcode

Molekulargenetische Diagnostik

Probenmaterial		Biologisches Geschlecht	Rechnungsart
<input type="checkbox"/> EDTA-Blut (3-5 ml, Raumtemperatur)	Probengefäße (Anzahl) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> Kasse (Schein Muster 10) <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Krankenhaus
<input type="checkbox"/> DNA (1-5 µg, Raumtemperatur)	Tag der Probenahme <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/>	Uhrzeit <input type="text"/>		

Klinische Daten und Indikation			
Patientin/Patient erkrankt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ICD-10-Code:	<input type="text"/>
Familienangehörige erkrankt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wer:	<input type="text"/>
Elterliche Blutsverwandschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ethnische Herkunft:	<input type="text"/>

Indikation/Verdachtsdiagnose/klinische Angaben (bitte möglichst detailliert, gerne auch Arztbriefkopien beilegen):

Gewünschte Analyse(n) - bitte ankreuzen:

- Sequenzierung
 - Indikationsspezifisches Genpanel (basierend auf Exom-/Genom-Sequenzierung)
 - Repeat-Analyse (sofern indiziert/zutreffend)
 - Einzelnes Gen:
 - Segregation einer familiären Variante (bitte genetischen Vorbefund beilegen):
- Kopienzahl-Analyse (CNVs, Deletionen/Duplikationen)
- Array-CGH (180k) **oder** Optische Genomkartierung (Bionano Genomics, nicht für pränatale Proben)
(bei gesetzlich versicherten Patient:innen darf eine Array-CGH/optische Genomkartierung erst im Anschluss an eine Chromosomenanalyse erfolgen)
 - Chromosomenanalyse bereits erfolgt, Ergebnis:
 - Chromosomenanalyse bitte durchführen (3-5 ml Heparinblut beiliegend**)
- Stufendiagnostik bei komplexen Fragestellungen (z.B. unklaren syndromalen Erkrankungen/Entwicklungsstörungen)
 1. Chromosomenanalyse**
 2. Analyse des *FMR1*-Gens (fragiles X-Syndrom, sofern indiziert)
 3. Array-CGH **oder** Optische Genomkartierung
 4. Indikationsspezifische Trio-Exom-Analyse (bitte Blut der Eltern mitschicken)

** bitte auch Anforderungsschein „Postnatale Chromosomenanalyse“ verwenden und zusätzlich 3-5 ml Heparinblut mitschicken.

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz

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

[REDACTED]

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 der/dem u.g. aufklärende/n Arzt/Ärztin (verantwortliche ärztliche Person) widerrufen kann, die Untersuchung dann abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Ferner erkläre ich mich einverstanden mit (Nichtausfüllen entspricht einem „nein“):

- der 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. ja nein
 - der 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. ja nein
 - der Mitteilung von medizinisch relevanten Zufallsbefunden. Im Rahmen genetischer Analysen können Informationen gewonnen werden, die nicht in direktem Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, aber trotzdem von medizinischer Bedeutung für mich oder meine Familie sein können (gemäß Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG, Miller DT et al., 2022: PMID: 35802134; DOI: 10.1016/j.gim.2022.04.006). ja nein
- Ein Anspruch auf vollständige Mitteilung aller Zufallsbefunde oder eine zukünftige Aktualisierung solcher Befunde besteht nicht. Bei Minderjährigen erfolgt keine Mitteilung von Zufallsbefunden zu Erkrankungen, die im Erwachsenenalter auftreten. Die vollständige Genliste der ACMG darf zudem nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Humangenetik oder Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik angefordert werden.
- der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses bei Nichterreichen der verantwortlichen ärztlichen Person, auch an mitbehandelnde Ärzte der Praxis/Einrichtung oder vertretende Ärzte (Vertretungsfall). ja nein
 - der 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. ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Vertreter/in

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin