

POSTNATALE CHROMOSOMENANALYSE



BIOSCIENTIA
Medizin. Labor. Service.

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

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

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 zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bestätige, dass ich von [Redacted]

im Hinblick auf die bei **mir / der von mir vertretenen Person**¹ [Redacted]

nachfolgend näher beschriebene gendiagnostische Untersuchung(en) nach dem Gendiagnostikgesetz

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 meinem behandelnden Arzt widerrufen kann**, die Untersuchung dann abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Zusätzlich erkläre ich meine Einwilligung

- in die **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, ohne Anspruch darauf zu erheben,¹
- in die **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, ohne Anspruch darauf zu erheben,¹
- in die **Mitteilung ggf. erhobener Zufallsbefunde**, ohne Anspruch darauf zu erheben,¹
- in die **Mitteilung des Untersuchungsergebnisses** bei Nichterreichen meines behandelnden Arztes, **auch an mitbehandelnde Ärzte der Praxis/Einrichtung oder vertretende Ärzte**,¹
- in die **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.¹

¹ Nichtzutreffendes bitte streichen

Inhalt des Aufklärungsgesprächs:

[Redacted]

Ort, Datum Unterschrift Patient/in bzw. Vertreter/in

Ort, Datum Unterschrift Arzt/Ärztin

Ort, Datum Unterschrift weitere beteiligte Person²

² Bei gendiagnostischer Untersuchung zur Klärung der Abstammung auf Grundlage einer Einwilligung muss diese von allen Beteiligten erklärt werden.

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

*** steriles ausdrücklich zum Zelltransport geeignetes Gefäß mit physiologischer Kochsalzlösung (0,9 % NaCl) verwenden.

Auftragsformulare, Versand- und Verpackungsmaterial bestellen Sie über den Client Service: +49 6132 781-411 oder info.genetik@bioscientia.de

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

Aufgrund 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 Service-leistung der Praxis für den Patienten ist. Zusätzlich hierzu sollte eine Kopie der Laborrechnung Ihrer Gesamtrechnung beigelegt 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