

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

 Arztstempel und Unterschrift

 Barcode

## Postnatale Chromosomenanalyse

Probenmaterial		Biologisches Geschlecht	Rechnungsart
<input type="checkbox"/> Heparinblut <input type="checkbox"/> Fibroblasten <input type="checkbox"/> Andere _____	Probengefäße (Anzahl) <input type="text"/> <input type="text"/> Tag der Probenahme <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / Uhrzeit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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

Gewünschte Analyse(n) - bitte ankreuzen:		
<input type="checkbox"/> postnatale Chromosomenanalyse inkl. humangenetischem Gutachten <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eilbearbeitung (Neugeborene)</li> <li><input type="checkbox"/> Mosaik-Untersuchung (erweiterte Auswertung)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Metaphase-FISH (Mikrodeletionssyndrome) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cri-du-Chat Syndrom</li> <li><input type="checkbox"/> DiGeorge/Velocardiofaciales Syndrom</li> <li><input type="checkbox"/> Miller-Dieker Syndrom</li> <li><input type="checkbox"/> Prader-Willi/Angelman Syndrom               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> EDTA-Blut erforderlich, bitte Anforderungsschein „Molekulargenetische Diagnostik“ benutzen</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Smith-Magenis Syndrom</li> <li><input type="checkbox"/> Williams-Beuren Syndrom</li> <li><input type="checkbox"/> Wolf-Hirschhorn Syndrom</li> <li><input type="checkbox"/> andere (Sonden auf Anfrage)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Array-CGH (180k; bei gesetzlich versicherten Patient:innen darf eine Array-CGH erst im Anschluss an eine Chromosomenanalyse erfolgen) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> EDTA-Blut erforderlich, bitte Anforderungsschein „Molekulargenetische Diagnostik“ benutzen</li> <li><input type="checkbox"/> Tumorgenetik               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bitte Anforderungsschein „Interdisziplinäre Hämatologische Diagnostik“ verwenden</li> </ul> </li> </ul>

Indikation / Verdachtsdiagnose / Klinische Angaben:		
<input type="checkbox"/> Fehlbildungen, angeboren <input type="checkbox"/> Habituelle Aborte <input type="checkbox"/> Infertilität <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> IVF/ICSI geplant</li> </ul> <input type="checkbox"/> Intelligenzminderung/Entwicklungsstörung <input type="checkbox"/> Wachstumsstörung <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Großwuchs</li> <li><input type="checkbox"/> Kleinwuchs</li> </ul> <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Verdacht auf numerische Chromosomenaberration <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Trisomie 13</li> <li><input type="checkbox"/> Trisomie 18</li> <li><input type="checkbox"/> Trisomie 21</li> <li><input type="checkbox"/> Monosomie X (Turner-Syndrom)</li> <li><input type="checkbox"/> Triple X-Syndrom</li> <li><input type="checkbox"/> Klinefelter-Syndrom</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Verdacht auf strukturelle Chromosomenaberration <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Balancierte Translokation</li> <li><input type="checkbox"/> Unbalancierte Translokation</li> </ul>

Präanalytik und Versandmaterial		
Heparin-Blut	<b>Säuglinge und Kleinkinder:</b> 2-3 ml / Raumtemperatur;	<b>Erwachsene:</b> 5-7 ml / Raumtemperatur
Zellkultur**	mind. 25 ml / Raumtemperatur	
Fibroblasten/Hautstanze***	ca. 5 mg Gewebestück, 2-10 mm <sup>2</sup> groß	
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		

# Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz

Ich bestätige, dass ich von \_\_\_\_\_ im Hinblick auf die bei  
mir / der von mir vertretenen Person \_\_\_\_\_ durchzuführende, nachfolgend näher  
beschriebene/n gendiagnostische/n 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 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. Bei umfassenderen genetischen Analysen können je nach Auswertestrategie zufällig Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht im Zusammenhang mit der diagnostischen Fragestellung stehen (siehe unsere Informationsbroschüren „Zufallsbefunde“, <https://genetik.bioscientia.de/formulare/>). Ein Anspruch auf vollständige Mitteilung aller Zufallsbefunde oder eine zukünftige Aktualisierung solcher Befunde besteht jedoch nicht. Sie haben die Möglichkeit zu entscheiden, ob und welche Zufallsbefunde mitgeteilt werden:
    - Ich wünsche die Mitteilung von Zufallsbefunden der Gruppe 1 (für eine mögliche Erkrankung gibt es vorbeugende oder therapeutische Maßnahmen).  ja  nein
    - Ich wünsche die Mitteilung von Zufallsbefunden der Gruppe 2 (für eine mögliche Erkrankung gibt es derzeit keine vorbeugenden oder therapeutischen Maßnahmen).  ja  nein
- Bei Kindern und Jugendlichen: Befunde der Gruppe 1-Erkrankungen, die sich bereits im Kindes-/Jugendalter manifestieren, werden immer mitgeteilt. Befunde der Gruppe 2 werden zum Schutz des Rechts auf Nichtwissen grundsätzlich nicht mitgeteilt, wenn sich die Erkrankung erst im Erwachsenenalter manifestiert und mit einer späteren Einwilligungsfähigkeit gerechnet werden kann.
- Ich wünsche die Mitteilung von Zufallsbefunden der Gruppe 3 (Varianten, die bei Nachkommen oder verwandten Personen zu einer erblichen Erkrankung führen können / Anlageträgerschaft)  ja  nein
  - 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