



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 der/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

<input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung <input type="checkbox"/> Motorik <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> Äußere Auffälligkeiten/ Fehlbildungen des Gesichts _____ _____ <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen (z. B. Herzfehler, Nierenfehlbildung, ZNS) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Autismus, Hyperaktivität) <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ _____	<input type="checkbox"/> Neurologische Symptome <input type="checkbox"/> Krampfanfälle / Epilepsie <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Auffällige Wachstumsparameter <input type="checkbox"/> Kleinwuchs <input type="checkbox"/> Mikrozephalie <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____
--	---

ggf. Stammbaum

SYMBOLLE

weiblich	männlich
nicht betroffen	betroffen
betroffen	verstorben
Überträger	
Geschlecht nicht festgestellt	Schwangerschaft
Spontanabort	Schwangerschaftsabbruch
eineiige Zwillinge	zweieiige Zwillinge
Indexpatient	Infertilität

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bestätige, dass ich von

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

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:

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.

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.