

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

Einsender/Arzt/Adresse/Fax-Nr./Stempel
--

Barcode (für interne Zwecke)
------------------------------

**Kostenträger**

- Überweisungsschein Labor Muster 10 anbei
- Überweisungsschein folgt
  
- Rechnung an Einsender/Klinik
- Privat, Rechnung an Patient/in
  - Kostenvoranschlag bereits an Patient/in verschickt.  
Warten auf Rückmeldung.

**Untersuchungsmaterial**

- nat. Chorionzotten
  - nat. Fruchtwasser
  - Abortmaterial
  - fetale DNA aus: \_\_\_\_\_
  - kultivierte Zellen aus: \_\_\_\_\_
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Entnahmedatum: \_\_\_\_\_  
Kontaminationsausschluss bereits durchgeführt?  Ja  Nein

## Pränatale molekulargenetische Diagnostik

<b>Angaben zum Fetus</b>	
Indikation/Verdachtsdiagnose: _____	ICD-10 Code: _____
Geschlecht des Fetus: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	Schwangerschaftswoche: _____
Ethnische Herkunft der Eltern: _____	
War eine vorausgegangene Schwangerschaft der Mutter des Fetus auffällig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Geschlecht: _____	
Elterliche Blutsverwandschaft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Relevante klinische Auffälligkeiten in der Familie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Verwandschaftsgrad zum Fetus: _____ Symptome: _____	

Pränataldiagnostische Befunde/familiäre Vorbefunde/Stammbaum (bitte auch Arztbrief/Befundkopie beifügen):
---

<b>Anforderung</b>	
Entsprechend Ihrer klinischen und anamnestischen Informationen wählen wir gezielt die sinnvollste Analyse bzw. Genzusammensetzung oder starten alternativ die individuell von Ihnen angeforderte Genanalyse. Bitte kontaktieren Sie uns bei Rückfragen: +49 6131 27661-0 oder info@medgen-mainz.de.	
<input type="checkbox"/> Solo-Exom-Analyse (WES/CES) <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Trio-Exom-Analyse (WES/CES)</span>	
<input type="checkbox"/> Multi-Gen Panel entsprechend der klinischen Daten der Verdachtsdiagnose	
<input type="checkbox"/> Individuelles Panel mit folgenden Genen: _____ _____	
<input type="checkbox"/> Einzelgen-Analyse <span style="margin-left: 50px;">Gen: _____</span>	
<input type="checkbox"/> Analyse einzelne Variante <span style="margin-left: 50px;">Gen: _____</span> <span style="margin-left: 50px;">Variante: _____</span>	

**Bitte denken Sie an die obligatorische Einverständniserklärung (Rückseite), ohne die wir die Analyse nicht starten dürfen!**

# Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung der fetalen Probe gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) nach Aufklärung durch den/die behandelnde(n) Arzt/Ärztin:

X

Name in Blockschrift UND Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin

Kontaktnummer bei Rückfragen

Ich wurde durch meine/n o.g. behandelnde/n Arzt/Ärztin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung aufgeklärt. Ich hatte genügend Bedenkzeit und erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis zur Blut-/Gewebeentnahme und für die Durchführung der genetischen Untersuchungen entsprechend der oben genannten Anforderung bzw. zur Klärung der o.g. klinischen Fragestellung. Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden. Der Untersuchungsauftrag darf bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Ich wurde darüber informiert, dass sich die Befundung auf die Veränderungen konzentriert, die in einem direkten Zusammenhang mit der klinischen Indikation/Diagnose stehen. Im Falle einer erweiterten Analyse (z. B. WES) erkläre ich mich zusätzlich mit dem Bericht folgender Varianten beim Fetus einverstanden:

■ Von Veränderungen, die nicht mit der bestehenden Symptomatik in Zusammenhang stehen, die aber zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko führen und deren Kenntnis zu einer verbesserten Behandlung und/oder Vorsorge führt (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG).	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
■ Von Veränderungen in bisher nicht krankheitsassoziierten Genen, deren Varianten nur nach weiterer wissenschaftlicher, experimenteller Untersuchung und Bestätigung für klinische Entscheidungen herangezogen werden können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Mir ist bekannt, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Ich kann jederzeit die Vernichtung der Untersuchungsergebnisse verlangen, solange sie mir noch nicht mitgeteilt wurden. Ab Mitteilung unterliegen sie der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke aufbewahrt und genutzt werden und gestatte die Weitergabe im Rahmen wissenschaftlicher Projekte zu diesem Zwecke.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass nach Abschluss der Analyse verbleibendes Probenmaterial und daraus gewonnene Extrakte dem ausführenden Labor übereignet werden und gestatte die Verwendung für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke in pseudonymisierter Form sowie die Weitergabe im Rahmen wissenschaftlicher Projekte zu diesem Zwecke.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass zur genaueren Beurteilung/Klassifikation von möglicherweise ursächlichen Veränderungen, die bei meinem Kind im Rahmen der durchgeführten genetischen Analyse nachgewiesen werden, eine Testung meines genetischen Materials zur Bestätigung der Verwandtschaftsverhältnisse durchgeführt wird. Die Ergebnisse dieser Testung werden lediglich zur internen Variantenbeurteilung verwendet, entsprechen nicht einer forensischen Analyse und werden nicht im Rahmen der Ergebnisbefundung mitgeteilt.

Mir ist bekannt, dass ich alle getätigten Einwilligungen jederzeit ganz oder auch in Teilen mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

X

Ort, Datum

Unterschrift des/r Ratsuchenden bzw. gesetzlichen/r Vertreters/-in

## Allgemeine und präanalytische Hinweise

Humangenetische Leistungen belasten weder Ihr Laborbudget noch ist Ihr Wirtschaftlichkeitsbonus betroffen.

Probenmaterial	Menge
EDTA-Blut	2 – 5 ml
DNA	1 – 5 µg
natives Fruchtwasser	10 – 15 ml
native Chorionzotten	20 – 40 mg

Der Probenversand kann ungekühlt per Post erfolgen. Schützen Sie die Proben vor Beschädigung und verwenden Sie geeignete Transportbehälter.

Wichtig: Legen Sie bei gesetzlich versicherten Patienten einen Überweisungsschein **Muster 10** mit Angabe des Untersuchungsauftrages und des ICD-10-Codes der (Verdachts)Diagnose bei.

Pränatalproben sollten per Express verschickt werden. Melden Sie solche Proben bitte per E-Mail oder telefonisch vorab an, um eine sofortige Bearbeitung im Labor zu gewährleisten und Verzögerungen zu vermeiden.