

Patient / Ratsuchender (ggf. Aufkleber)

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich
Telefonnummer: _____
Krankenkasse (GKV/PKV): _____
E-Mail-Adresse: _____

Einsender (ggf. Stempel)

Name / Adresse / Telefon / Fax / Unterschrift

**PRÄNATAL-
DIAGNOSTIK****Untersuchungsmaterial** (beschriftet mit Name, Vorname, Geburtsdatum)

- ☐ Chorion Anzahl Gefäße: _____
☐ Fruchtwasser Menge: _____
☐ Nabelschnurblut Aussehen: _____
☐ Abort-Gewebe
☐ EDTA-Blut
☐ Sonstiges: _____

Kostenträger

- ☐ GKV-Patient, ambulant *
☐ privat
☐ stationär

* Bitte einen Überweisungsschein
10 (Laboruntersuchungen) beilegen.

Probenentnahme (Datum, Arzt/MFA): X

Eine Genetische Beratung erfolgte am: _____ Arzt: _____
Eine Genetische Beratung ist vorgesehen für: _____ Arzt: _____

Anamnese: SSW/E.T.: _____

Sonogr. Termin: _____

Anzahl der Feten: _____

Gravida: _____

Para: _____

Aborte: _____

Abruptio: _____

☐ Genetische Vorerkrankungen der Mutter*☐ Genetische Vorerkrankungen i. d. Familie*☐ Z. n. Eizellspende/Samenspende**☐ Ultraschallbefunde (bitte beilegen)☐ NIPT durchgeführt☐ Ja, Ergebnis: _____☐ Nein *Bitte Vorbefunde beilegen
Nicht zutreffendes bitte StreichenPflichtfeld!****Indikation / Verdachtsdiagnose / Besonderheiten:** __________

_____**Untersuchungsauftrag**

- ☐ Chromosomenanalyse
☐ AFP/ACHE-Bestimmung (externe Untersuchung)
☐ Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung
☐ FISH 21
☐ FISH 13, 18, 21, X, Y
☐ FISH DiGeorge 22q11.2
☐ Andere: _____

Weiterführende (molekulargenetische) Diagnostik:

- ☐ Trio-Exom-Analyse* (externe Untersuchung)
☐ Testung auf fam. bekannte Variante(n) (molekulargen. Vorbefund beilegen)
☐ Andere: _____

*bei unauffälliger FISH- bzw. NIPT oder KZT-Analyse, bitte Anforderungsformular beilegen

Ein Termin für eine Genetische Beratung kann unter der Telefon-Nr.: 06131-925090 vereinbart werden

Falls eine Terminvereinbarung durch uns gewünscht ist, bitte Telefon-Nr.: der Schwangeren angeben: _____

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Mit dieser Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung gemäß GenDG und unter Kenntnis meines Widerrufsrechts meine Einwilligung mit der/den genetischen Analyse(n) und der dafür erforderlichen Probenentnahme.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten und die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, ausgewertet und ggf. in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert und der Untersuchungsauftrag oder Teile davon, falls erforderlich, an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Ich willige hiermit ein, dass alle erhobenen Daten vom Institut für Humangenetik elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Sofern der Patient das Einsendeformular nicht unterschrieben hat: Als behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin bestätige ich, den Patienten gem. GenDG über die genetische Untersuchung aufgeklärt zu haben und dass mir das Einverständnis des Patienten schriftlich vorliegt.

Prädiktive Diagnostik darf gemäß GenDG nur durch Fachärzte/-innen für Humangenetik oder andere Ärzte/-innen, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben, beauftragt werden (GenDG, §7,1). **Im Falle prädiktiver genetischer Diagnostik bestätige ich hiermit, als behandelnde(r) Arzt/ Ärztin, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.**

Minderjährige: Zur genetischen Untersuchung Minderjähriger ist die Einwilligung beider Sorgeberechtigter erforderlich. Mit Ihrer Unterschrift als nach GenDG verantwortliche ärztliche Person erklären Sie, dass Ihnen die Einwilligung aller Sorgeberechtigten vorliegt.

Im Folgenden wird ein Nichtankreuzen wie „Nein“ gewertet.

Ich bin damit einverstanden, dass

- ☐ die erhobenen Daten nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen.
- ☐ die erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke aufbewahrt und genutzt werden.
- ☐ nach Abschluss der Analyse verbleibendes Probenmaterial und daraus gewonnene Extrakte dem ausführenden Labor übereignet werden und gestatte deren Verwendung für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke in pseudonymisierter Form.

ja	nein
☐	☐
ja	nein
☐	☐
ja	nein
☐	☐

Gemäß deutschem GenDG wird der Befund der genetischen Untersuchung dem aufklärenden bzw. anfordernden Arzt übermittelt.

Arzt (Druckbuchstaben)

Patient / Vertreter (Druckbuchstaben)

X _____
Arzt (Datum, Unterschrift)

X _____
Patient / Vertreter (Datum, Unterschrift)

Kostenübernahmeerklärung für Selbstzahler-Leistungen

Ich wünsche die Durchführung der folgenden humangenetischen Untersuchungen und übernehme die Kosten:

- ☐ Pränataler Schnelltest (FISH) Chromosomen 13 und 21: Kosten 57,66 € (2 x 3924 (1,15x), 1 x 75 (2,3x))
- ☐ Pränataler Schnelltest (FISH) Chromosomen 13, 18, 21, X, Y: Kosten 118,00 € (5 x 3924 (1,15x), 1 x 75 (2,3x))
- ☐ Bitte um Zusendung eines Kostenvoranschlags für folgende Untersuchung / Untersuchungen:

Rechnungsadresse:

Vorname, Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Stadt: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Patient / Vertreter (Druckbuchstaben)

X _____
Patient / Vertreter (Datum, Unterschrift)