

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

# Anforderungsschein Humangenetik



**Tages-Nr. intern!**

## ANGABEN ZUR PATIENTIN/ZUM PATIENTEN:

**Versicherung:**  Gesetzlich (**bitte Muster 10 Ü-Schein beifügen!**)  Privat

**Entnahmedatum:** \_\_\_\_\_ **Material:**  EDTA-Blut  Heparin-Blut  Fruchtwasser/Chorionzotten  Wangenabstrich  
 Tumormaterial  sonstiges Material: \_\_\_\_\_

**Geschlecht:**  männlich  weiblich  divers

**Ethnische Herkunft:** \_\_\_\_\_

**Schwanger:**  nein  ja Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

**Untersuchungsart:**  diagnostisch  prädiktiv  vorgeburtlich

**Ist die zu untersuchende Person der Indexpatient (die erkrankte Person):**  ja  nein

**Gibt es Genetische Vorbefunde:**  nein  ja bei Patient\*in  ja Angehöriger/Angehörigem (Falls ja, bitte Vorbefunde möglichst in Kopie mitsenden.)

**Besteht Blutsverwandtschaft in der Familie?**  nein  ja

### Bei bestehendem Kinderwunsch und gleichzeitiger Partneruntersuchung:

Name Partner\*in: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum Partner\*in: \_\_\_\_\_

**Varianten unklarer Signifikanz** (ausschließlich hot, warm, tepid) sollen mitgeteilt werden, wenn ein Krankheitswert nicht ausgeschlossen werden kann.\*

**Medizinisch relevante Zusatzbefunde**, die im Rahmen der angeforderten Analyse identifiziert werden und nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, sollen mitgeteilt werden. Ein Anspruch auf Vollständigkeit von Zusatzbefunden oder eine zukünftige Aktualisierung solcher Zusatzbefunde besteht nicht. Bei Minderjährigen erfolgt keine Mitteilung von Zusatzbefunden zu Erkrankungen, die im Erwachsenenalter auftreten.\*

\* Ohne Auswahl werden Varianten unklarer Signifikanz bzw. Zusatzbefunde nicht mitgeteilt.

## ANGEFORDERTE UNTERSUCHUNG:

**Auftrag/Genanalyse:** \_\_\_\_\_

**Indikation/Verdachtsanalyse:** \_\_\_\_\_

**ICD-10 Code:** \_\_\_\_\_ **Diagnose:**  Gesicherte Diagnose (G)  Verdachtsdiagnose (V)  
 (Zusatzkennzeichnung ICD-10)  Ausgeschlossene Diagnose (A)  (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose (Z)

**Sonstige Angaben/Familienanamnese** (optional Stammbaum einfügen): \_\_\_\_\_

---



---



---

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname aufklärende/r Arzt\*in (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift aufklärende/r Arzt\*in

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG zur genetischen Diagnostik (nach Gendiagnostikgesetz; GenDG)**

Die angeforderten Analysen unterliegen dem GenDG. Nach einer ausführlichen Aufklärung/Beratung stimme ich der o.g. genetischen Untersuchung sowie ggf. der Probenentnahme auf Grundlage des GenDG zu. Ich bin ausführlich darauf hingewiesen worden, dass ich sowohl mit meiner Ärztin/meinem Arzt das Ergebnis und das weitere Vorgehen besprechen kann, als auch eine genetische Beratung in Anspruch nehmen kann. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit bis zur Entscheidung für die genetische Untersuchung.

Mit der Aufbewahrung der Probe und der Untersuchungsergebnisse innerhalb der gesetzlichen Vorgaben bzw. je nach diagnostischer Notwendigkeit bin ich einverstanden:  ja  nein

Mit der Nutzung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern bin ich einverstanden:  ja  nein

Mit der Aufbewahrung und Verwendung der Probe in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung und/oder für wissenschaftliche Zwecke bin ich einverstanden.  ja  nein

Falls erforderlich bin ich mit der Weiterleitung der Probe und den dazu gehörenden Daten an ein anderes spezialisiertes medizinisches Labor einverstanden.  ja  nein

Durch die Analyse können in Einzelfällen Ergebnisse erzielt werden, die nicht im direkten Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen (sog. Zufallsbefunde). Ich wünsche über Zufallsbefunde informiert zu werden, wenn sich daraus eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Angehörigen ergeben könnte:  ja  nein

Ich wünsche die Weiterleitung meiner Befunde an meine/n mitbehandelnde/n Ärzt\*in:

Name Ärzt\*in (in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_ Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Praxis-Anschrift (in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_  ja  nein

**Nur bei Privatpatient\*innen**

Mir ist bekannt, dass die für die Abrechnung notwendigen Daten an eine privatärztliche Verrechnungsstelle übermittelt werden können.

Mir ist bekannt, dass ich die Kosten für die o.g. Untersuchung selbst trage, wenn diese nicht von meiner Versicherung übernommen werden.

**Jeder Punkt der Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum x Unterschrift Patient\*in / gesetzliche/r Vertreter\*in

**Adresse für Probenzusendung**

amedes genetics  
MVZ wagnerstibbe für Laboratoriumsmedizin, Hämostaseologie,  
Humangenetik und Mikrobiologie Hannover  
Georgstraße 50  
30159 Hannover

Telefon 0511.301 795 0  
Telefax 0511.301 795 119

**Genetische Sprechstunden**

Sie können sich kostenfrei unter folgender Telefonnummer für einen Sprechstundentermin anmelden:

0800.444 36 38 (Erreichbarkeit: 9-16 Uhr)

Genetische Sprechstunden bieten wir an folgenden Standorten an:

Bad Münde · Berlin · Dortmund · Essen · Frankfurt · Göttingen · Halle (Saale) · Hamburg · Hannover · Oberhausen