

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapps.
Name - Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

☐ ambulant ☐ privat* ☐ stationär* ☐ Selbstzahler* ☐ ASV
 *ggf. unterschriebene Kostenübernahmeerklärung notwendig!

☐ Cito **Faxbefund an** _____
 Fax nur bei Vorliegen der unterschriebenen Einwilligung nach GenDG!

Telefonnummer der Patientin _____

DNA DIAGNOSTIK HAMBURG MVZ GbR
 Dr. Usha Peters · Dr. Saskia Kleier · Dr. Astrid Preuße
 Altonaer Str. 61-63 · 20357 Hamburg
 T 040 43 29 26 43 · F 040 43 29 26 78
 kontakt@dna-diagnostik.hamburg · dna-diagnostik.hamburg



Praxis-/Klinikstempel

ANFORDERUNGSSCHEIN ZUR PRÄNATALEN DIAGNOSTIK

MUTTER: EINWILLIGUNG NACH GENDIAGNOSTIKGESETZ

Eine Einwilligung des Probanden/Patienten nach GenDG wird benötigt.

Aufklärungs- und Einwilligungserklärung des Patienten entsprechend des GenDG liegt schriftlich vor ☐ Ja ☐ Nein
 in eine Untersuchung ☐ bei sich ☐ bei dem eigenen Kind ☐ bei der von mir betreuten Person

Ich wurde von meine(r/m) behandelnden Ärztin/Arzt ausführlich über den Umfang sowie über die Bedeutung der geplanten Untersuchung aufgeklärt. Ich wurde über mögliche gesundheitliche Risiken, die mit der Kenntnis des Untersuchungsergebnisses sowie Risiken, die mit der Gewinnung der Probe verbunden sein können, aufgeklärt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Probe nur zu Vorsorge-/Behandlung-/Therapie-Zwecken für die genannte Untersuchung verwendet werden darf. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache der Erkrankung angesehen werden können. Mir ist bekannt, dass in manchen Fällen keine eindeutige Antwort hinsichtlich einer genetischen Diagnose gegeben werden kann. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann und dass ich ein Recht auf Nichtwissen meiner Untersuchungsergebnisse habe und diese bis zur Kenntnisnahme auf mein Verlangen vernichtet werden müssen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Ich erkläre mich einverstanden mit (bei NICHT-Zustimmung bitte Nein ankreuzen):

der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes Kooperationslabor, sofern dies für die Analyse notwendig ist	☐ Fetus ☐ Mutter
der Aufbewahrung und Verwendung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus	☐ Nein ☐ Nein
der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial in anonymisierter Form für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Qualitätssicherung	☐ Nein ☐ Nein
der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken	☐ Nein ☐ Nein
der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung meiner Angehörigen	☐ Nein ☐ Nein

Aufklärung zu Zufalls- und Zusatzbefunden: Bei Beantwortung der vorliegenden klinischen Fragestellung können in seltenen Einzelfällen medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit der oben genannten Fragestellung stehen, aber trotzdem von medizinischer Bedeutung für mich oder meine Familie sein können. Insbesondere bei umfassenden, genetischen Übersichtsmethoden ist eine nicht gezielte oder nicht absichtliche Erfassung von zufälligen medizinischen Erkenntnissen (Zufallsbefunde) möglich. Im Rahmen von Exom-Analysen kann eine aktive und gezielte Erhebung von zusätzlichen Befunden (Zusatzbefunde) beim Index-Patienten erhoben werden (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG).

Hinweis: Es besteht kein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Zufalls- bzw. Zusatzbefunde oder zukünftige Aktualisierung. Sollten keine Zufalls- bzw. Zusatzbefunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken. Zusatzbefunde im Zuge pränataler Analysen werden nicht erhoben.

Ich möchte über **Zusatzbefunde** s.o. informiert werden (nur beim Index-Patienten im Zuge einer **Exom-Analyse**; keine Auswahl wird als NEIN gewertet). ☐ Ja ☐ Nein

X

 Name in DRUCKBUCHSTABEN Patient/Vertreter
X

 Ort, Datum, Unterschrift Patient/Vertreter

✓

 Name in DRUCKBUCHSTABEN aufklärender Arzt
 ✓

 Unterschrift aufklärender Arzt

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung an folgende Ärzte/Personen weitergeleitet werden dürfen:

(Name und Anschrift) DNA DIAGNOSTIK HAMBURG MVZ GbR · Altonaer Str. 61-63 · 20357 Hamburg

(Name und Anschrift) _____

X

 Ort, Datum, Unterschrift Patient/Vertreter

Patientin wünscht eine humangenetischen Beratung durch DNA DIAGNOSTIK HAMBURG MVZ?

☐ Ja ☐ Nein



Bitte gewünschte Untersuchungen ankreuzen ☒

Untersuchungsmaterial*:

Index:

- ☐ Fruchtwasser (ca. 15 ml)
☐ Chorionzotten (ca. 30 mg)
☐ Fetalblut (Heparin-Blut, mind. 0,5 ml)
Chromosomenanalyse nur aus Heparin-Fetalblut möglich!
☐ Fetalblut (EDTA-Blut, mind. 0,5 ml)
Zusätzlich bei erwünschtem Schnelltest.

Abnahmedatum: _____

Materialmenge: _____

Farbe: ☐ klar ☐ blutig ☐ altblutig

*Lagerung bis zum Versand bei Raumtemperatur; die Probe bitte ankündigen und zügigen Proben transport veranlassen unter T 040 432 926 40 8:00–17:00 Uhr

Mutter

- ☐ EDTA-Blut (2 ml)
zum Ausschluss einer maternalen Kontamination

Vater:

- ☐ EDTA-Blut (2 ml)
für Array-/Exom-Analyse, Aufklärungs- und Einwilligungserklärung erforderlich

Angeforderte Untersuchung:

- ☐ Chromosomenanalyse # (inkl. Schnelltest zum Ausschluss Trisomie 13, 18, 21*)
☐ AFP im Fruchtwasser #
☐ ACHE im Fruchtwasser #
☐ Achondroplasie/Hypochondroplasie/Tanatophore Dysplasie (FGFR3)*
☐ Adrenogenitales Syndrom (CYP21A2)
☐ Cystische Fibrose (CFTR)
☐ DiGeorge-Syndrom – Mikrodeletionssyndrom 22q11.2
☐ 0075 Duchenne/Becker Muskeldystrophie (DMD)
☐ Hydrocephalus, X-chromosomal (L1CAM)*
☐ 0055 Noonan/Rasopathien (23 Gene inkl. PTPN11)
☐ 0048 Osteogenesis imperfecta (22 Gene)
☐ Spinale Muskelatrophie (SMN1, SMN2)
☐ fam. bekannte pathogene Variante
(bitte mit genetischen Befund des Index Patienten)
☐ sonstiges _____
☐ Array-CGH
(Selbstzahlerleistung, unterschriebene Kostenübernahmeerklärung notwendig!)
☐ Exom-Analyse (Duo-/Trio-Exom)
Abhängig von mit eingesandten EDTA-Blutproben der Eltern

Hinweis: Anforderungen die als "ggf." oder mit einem Fragezeichen "?" versehen sind, können nicht berücksichtigt werden.

KLINISCHE INFORMATION/HPO-KRITERIEN:

Wichtiger Hinweis: Bitte möglichst aktuellen US-Befund anfügen! Wenn ein ausführlicher US-Befund vorliegt, ist das Ausfüllen der nachfolgenden Felder nicht nötig. Bitte geben Sie im folgenden Abschnitt eine detaillierte phänotypische Beschreibung (wenn möglich, in Form von sogenannten Human Phenotype Ontology (HPO)-Kriterien, s. hierzu <https://hpo.jax.org/app/>) an. Dies ist für die Durchführung/Auswertung notwendig, erleichtert die Interpretation der detektierten Varianten und erhöht die Wahrscheinlichkeit, die genetische Ursache zu identifizieren.

Frühere Schwangerschaften: Zahl der Geburten: _____ Fehlgeburten: _____

vorangehende Trisomien: ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Jetzige Schwangerschaft:

Indikation: _____

1. Tag d. I. Periode: _____ SSW Ultraschall: _____ SSW rechnerisch: _____

Mehrlingsschwangerschaft: ☐ ja ☐ nein

Geschlechtsmitteilung: ☐ ja ☐ nein

Familienanamnese:

Mutter klinisch betroffen: ☐ ja ☐ nein wenn ja, welche Diagnose: _____

Vater klinisch betroffen: ☐ ja ☐ nein wenn ja, welche Diagnose: _____

Fremdlaborleistung

* Nicht im Akkreditierungsumfang enthalten.



VATER: EINWILLIGUNG NACH GENDIAGNOSTIKGESETZ

Eine Einwilligung des Probanden/Patienten nach GenDG wird benötigt.

Aufklärungs- und Einwilligungserklärung des Patienten entsprechend des GenDG liegt schriftlich vor ☐ Ja ☐ Nein
in eine Untersuchung ☐ bei sich ☐ bei dem eigenen Kind ☐ bei der von mir betreuten Person

Ich wurde von meine(r/m) behandelnden Ärztin/Arzt ausführlich über den Umfang sowie über die Bedeutung der geplanten Untersuchung aufgeklärt. Ich wurde über mögliche gesundheitliche Risiken, die mit der Kenntnis des Untersuchungsergebnisses sowie Risiken, die mit der Gewinnung der Probe verbunden sein können, aufgeklärt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Probe nur zu Vorsorge-/Behandlung-/Therapie-Zwecken für die genannte Untersuchung verwendet werden darf. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache der Erkrankung angesehen werden können. Mir ist bekannt, dass in manchen Fällen keine eindeutige Antwort hinsichtlich einer genetischen Diagnose gegeben werden kann. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann und dass ich ein Recht auf Nichtwissen meiner Untersuchungsergebnisse habe und diese bis zur Kenntnisnahme auf mein Verlangen vernichtet werden müssen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Ich erkläre mich einverstanden mit (bei NICHT-Zustimmung bitte Nein ankreuzen):

der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrags** an ein spezialisiertes Kooperationslabor, sofern dies für die Analyse notwendig ist ☐ Nein
der **Aufbewahrung und Verwendung der Untersuchungsergebnisse** über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus ☐ Nein
der **Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial** in anonymisierter Form für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Qualitätssicherung ☐ Nein
der **Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen** in anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken ☐ Nein
der **Verwendung der Untersuchungsergebnisse** für die Beratung und Untersuchung meiner Angehörigen ☐ Nein

Aufklärung zu Zufalls- und Zusatzbefunden: Bei Beantwortung der vorliegenden klinischen Fragestellung können in seltenen Einzelfällen medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit der oben genannten Fragestellung stehen, aber trotzdem von medizinischer Bedeutung für mich oder meine Familie sein können. Insbesondere bei umfassenden, genetischen Übersichtsmethoden ist eine nicht gezielte oder nicht absichtliche Erfassung von zufälligen medizinischen Erkenntnissen (Zufallsbefunde) möglich. Im Rahmen von Exom-Analysen kann eine aktive und gezielte Erhebung von zusätzlichen Befunden (Zusatzbefunde) beim Index-Patienten erhoben werden (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG).

Hinweis: Es besteht kein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Zufalls- bzw. Zusatzbefunde oder zukünftige Aktualisierung. Sollten keine Zufalls- bzw. Zusatzbefunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken. Zusatzbefunde im Zuge pränataler Analysen werden nicht erhoben.

Ich möchte über **Zusatzbefunde** s.o. informiert werden (nur beim Index-Patienten im Zuge einer **Exom-Analyse**; keine Auswahl wird als NEIN gewertet). ☐ Ja ☐ Nein

X

Name in DRUCKBUCHSTABEN Patient/gVertreter

✓

Name in DRUCKBUCHSTABEN aufklärender Arzt

X

Ort, Datum, Unterschrift Patient/Vertreter

✓

Unterschrift aufklärender Arzt

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung an folgende Ärzte/Personen weitergeleitet werden dürfen:

(Name und Anschrift) DNA DIAGNOSTIK HAMBURG MVZ GbR · Altonaer Str. 61-63 · 20357 Hamburg

(Name und Anschrift) _____

X

Ort, Datum, Unterschrift Patient/Vertreter