

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

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



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

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

Telefonnummer der Patientin: _____

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
 der Aufbewahrung und Verwendung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus
 der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial in anonymisierter Form für neue Diagnose Möglichkeiten und zur Qualitätssicherung
 der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung meiner Angehörigen

Fetus	Mutter
☐ Nein	☐ Nein
☐ Nein	☐ Nein
☐ Nein	☐ Nein
☐ Nein	☐ Nein
☐ Nein	☐ Nein

Hinweis: im Zuge pränataler Analysen werden Zusatzbefunde nicht erhoben.

☒ _____
 Name in DRUCKBUCHSTABEN Patient/ Vertreter

☒ _____
 Name in DRUCKBUCHSTABEN aufklärender Arzt

☒ _____
 Ort, Datum, Unterschrift Patient/ Vertreter

☒ _____
 Unterschrift aufklärender Arzt

EINWILLIGUNG ZUR WEITERLEITUNG VON GENETISCHEN BEFUNDEN

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

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

Name und Anschrift: _____

☒ _____
 Ort, Datum, Unterschrift Patient/Vertreter

Patientin wünscht eine humangenetische Beratung durch DNA DIAGNOSTIK HAMBURG MVZ?

☐ Ja ☐ Nein



Name, Vorname des Patienten: _____ geb. am: _____

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 Probentransport veranlassen unter T 040 432 926 40 8:00–17:00 Uhr

Mutter:

- ☐ EDTA-Blut (2 ml)
zum Ausschluss einer maternalen Kontamination / für Exom-/Array-Analyse

Vater:

- ☐ EDTA-Blut (2 ml)
für Exom-/Array-Analyse, Aufklärungs- und Einwilligungserklärung erforderlich, s. Seite 3

Angeforderte Untersuchung:

- ☐ Chromosomenanalyse# (inkl. 0338 Schnelltest zum Ausschluss Trisomie 13, 18, 21)
☐ AFP im Fruchtwasser#
☐ ACHE im Fruchtwasser#
☐ 0321 Achondroplasie/Hypochondroplasie/Tanatophore Dysplasie (*FGFR3*)*
☐ 0301 Adrenogenitales Syndrom (*CYP21A2*)
☐ 0033 Cystische Fibrose (*CFTR*)
☐ 0351 DiGeorge-Syndrom – Mikrodeletionssyndrom 22q11.2
☐ 0075 Duchenne/Becker Muskeldystrophie (*DMD*)
☐ 0320 Hydrocephalus, X-chromosomal (*L1CAM*)*
☐ 0055 Noonan/Rasopathien (23 Gene inkl. *PTPN11*)
☐ 0048 Osteogenesis imperfecta (22 Gene)
☐ 0355 Spinale Muskelatrophie, 5q SMA (*SMN1*, *SMN2*)
☐ fam. bekannte pathogene Variante
(bitte mit genetischem Befund des Index Patienten)
☐ Array-CGH*
(Selbstzahlerleistung, unterschriebene Kostenübernahmeerklärung notwendig!)
☐ Exom-Analyse (Duo-/Trio-Exom, abhängig von den eingesandten EDTA-Blutproben der Eltern. Die Einbeziehung beider Elternteile in die Analyse ist klinisch und diagnostisch von großem Vorteil, da im Vergleich zur alleinigen Sequenzierung des Kindes die Trioanalyse eine präzisere, schnellere und sicherere Diagnose ermöglicht.
☐ sonstiges _____

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

KLINISCHE INFORMATIONEN / 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: _____

*Nicht im Akkreditierungsumfang enthalten.

Fremdlaborleistung



Name, Vorname des Patienten: _____ geb. am: _____

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

der Aufbewahrung und Verwendung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus

der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial in anonymisierter Form für neue Diagnose Möglichkeiten und zur Qualitätssicherung

der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken

der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung meiner Angehörigen

Fetus Mutter

☐ Nein ☐ Nein

☐ Nein ☐ Nein

☐ Nein ☐ Nein

☐ Nein ☐ Nein

☐ Nein ☐ Nein

Hinweis: im Zuge pränataler Analysen werden Zusatzbefunde nicht erhoben.

 _____
Name in DRUCKBUCHSTABEN Patient/ Vertreter

 _____
Name in DRUCKBUCHSTABEN aufklärender Arzt

 _____
Ort, Datum, Unterschrift Patient/ Vertreter

 _____
Unterschrift aufklärender Arzt

EINWILLIGUNG ZUR WEITERLEITUNG VON GENETISCHEN BEFUNDEN

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

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

Name und Anschrift: _____

 _____
Ort, Datum, Unterschrift Patient/Vertreter