

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!

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 POSTNATALEN DIAGNOSTIK BEI KINDERWUNSCH UND HABITUELLEN ABORTEN

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, einen Überweisungsschein des betreuenden Arztes einzureichen oder mit meiner Versichertenkarte die DNA Diagnostik Hamburg MVZ GbR zur Befund Übermittlung aufzusuchen, damit die Kostenübernahme der Diagnostik gewährleistet ist.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Vertreter

EINWILLIGUNG NACH GENDIAGNOSTIKGESETZ

Eine Einwilligung des Probanden/Patienten nach GenDG wird benötigt.

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

☐ Ja ☐ Nein

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 Diagnose Möglichkeiten 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



Name in DRUCKBUCHSTABEN Patient/ Vertreter



Name in DRUCKBUCHSTABEN aufklärender Arzt



Ort, Datum, Unterschrift Patient/ Vertreter



Unterschrift aufklärender Arzt



Name, Vorname des Patienten: _____

geb. am: _____

Indikation: _____

Datum Materialentnahme: _____

ZYTOGENETISCHE DIAGNOSTIK AUS HEPARINBLUT: (5-8 ml Li-Heparin-Monovette)

- ☐ zyto genetische Chromosomenanalyse[#]

MOLEKULARGENETISCHE DIAGNOSTIK AUS EDTA-BLUT: (2 ml-Monovette)

Weibliche Reproduktionsgenetik

Adrenogenitales Syndrom

- ☐ 0301 *CYP21A2*
☐ 0302 *HSD3B2, CYP11B1, CYP17A1*

- ☐ Fragiles X-Syndrom (*FMR1*)^{*}

- ☐ 0090 Ovarialinsuffizienz, prämatüre, POI (20 Gene)

Thrombophilie

- ☐ 0334 Faktor-V-Leiden
☐ 0335 Prothrombin
☐ 0061 Thrombophilie (12 Gene)

Männliche Reproduktionsgenetik

- ☐ 0350 Androgen-Insensitivitäts-Syndrom (*AR*)^{*}

- ☐ 0308 Azoospermiefaktor (AZF)

- ☐ 0058 Azoospermie / Oligozoospermie (43 Gene)

- ☐ 0122 Spermienmorphologie und Motilität (33 Gene)

- ☐ 0033 (vollständige Analyse des *CFTR*-Gens inkl. häufigsten Varianten)

- ☐ 0038 Hypogonadotroper Hypogonadismus mit oder ohne Anosmie, inkl. Kallmann-Syndrom (30 Gene)

^{*}Nicht im Akkreditierungsumfang enthalten.

[#] Fremdlaborleistung