

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



Praxisstempel

## ANFORDERUNGSSCHEIN ZUSATZBEFUNDE NACH ACMG-GENLISTE

### 1. INFORMATIONEN ZUM UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

Panel ID 0120, Gene gemäß aktuellen Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG): Hiermit wird die zusätzliche Auswertung von vorliegenden NGS-Daten und humangenetische Befundung von Genen beauftragt, aus deren Veränderungen sich nach Meinung internationaler Experten eine besondere Vorsorge-/Behandlungs-/Therapie-Konsequenz für den Patienten oder seine Familie ergeben würden. Es handelt sich um eine prädiktive Untersuchung, bei der nur Varianten berichtet werden, die gemäß den aktuellen Beurteilungskriterien als sicher oder wahrscheinlich krankheitsverursachend einzuschätzen sind.

### 2. ANGABEN ZUM KOSTENTRÄGER – SCHRIFTLICHE VEREINBARUNG ZUR SELBSTZAHLERLEISTUNG

Die angeforderte Untersuchung ist eine Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) – **Kosten: 537,07 Euro**

Ich wurde darüber informiert, dass die oben aufgeführte und von mir gewünschte ärztliche Leistung nicht zum Leistungskatalog der GKV gehört. Demzufolge erstattet die gesetzliche Krankenkasse diese Leistungen nicht. Es ist auch nicht gewährleistet, dass eine Kosten-erstattung durch meine private Krankenversicherung erfolgen wird. Ich werde die Kosten der angeforderten Leistung selbst tragen. Ich wünsche durch meinen verantwortlichen Arzt die Leistung als Privatpatient in Anspruch zu nehmen. Der Wunsch ist nicht auf Initiative meines Arztes zustande gekommen. Auch wurde ich über den Nutzen und die Risiken aufgeklärt. Ich beauftrage hiermit die Durchführung.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum, Unterschrift Patient/Vertreter

### 3. EINWILLIGUNG NACH GENDIAGNOSTIKGESETZ

Ich wurde von meine(r/m) behandelnden Ärztin/Arzt im Rahmen einer humangenetischen Beratung 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 o. g. Untersuchung verwendet werden darf. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache einer Erkrankung angesehen werden können.

Ich erkläre mich einverstanden mit (keine Auswahl wird als **NEIN** gewertet):

- 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

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum, Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

### 4. AUFLÄRUNG UND GENETISCHE BERATUNG

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.

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname in DRUCKBUCHSTABEN aufklärender Arzt

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift aufklärender Arzt