

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐ SER

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

| | | |
|--|------------------|-------------------------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |
| Eintrag nur bei Weiterüberweisung! Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers | | |
| | | Arzt-Nr. des Erstveranlassers |

☐ Befund eilt, Übermittlung an ☐ Telefon ☐ Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarzstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schlägerunfällen

Muster 10 (4.2024)

MVZ diagnosticum Frankfurt
Zentrum für Humangenetik
Prof. Dr. med. D. Steinberger
Fachärztin für Humangenetik
Altenhöferallee 3
60438 Frankfurt am Main

☎ 069-5308437-0



diagnosticum
Zentrum für Humangenetik

Information und Einwilligungserklärung zur genetischen Diagnostik gemäß GenDG

Hiermit beauftrage ich das MVZ diagnosticum Frankfurt, Zentrum für Humangenetik, die auf diesem Formular gekennzeichneten Untersuchungen aus meinem Probenmaterial durchzuführen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich Folgendes:

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der Diagnostik, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt. Zweck dieser DNA-Analyse ist die Suche nach Veränderungen, die im Zusammenhang mit Erkrankungen und/oder genetischen Dispositionen stehen.

Mit dem Ergebnis einer solchen Untersuchung kann:

- festgestellt werden, ob eine oder keine bestimmte genetische Disposition bei mir vorliegt oder ob ein Risiko für die Entwicklung einer genetischen Erkrankung besteht.
- ausgesagt werden, ob andere Familienmitglieder Träger der genetischen Disposition sind oder ein Risiko für die Entwicklung dieser Erkrankung haben.
- in manchen Fällen keine eindeutige Antwort hinsichtlich einer Diagnose oder einer genetischen Disposition gegeben werden.

Die Ergebnisse von bestimmten genetischen Untersuchungen können auf einen Vaterschaftsausschluss oder auf andere bisher unbekannte Familienbeziehungen hinweisen.

Alle Untersuchungsergebnisse werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Es ist allein meine Entscheidung, andere Familienmitglieder über genetische Risiken zu informieren.

In Ausnahmefällen wird die Untersuchung in Kooperation mit einem externen Labor durchgeführt.

Über die Möglichkeit einer genetischen Beratung bin ich aufgeklärt worden oder eine solche hat bereits stattgefunden oder ich bin nicht daran interessiert. Ich hatte vor Erteilung meiner Einwilligung ausreichend Bedenkzeit.

Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Datum

Name/Vorname: beratender Arzt (Druckschrift)

Unterschrift

Name/Vorname: Patient/ gestzL.Vertreter/ Erziehungsberechtigter

Unterschrift

Kostenübernahmeerklärung für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung (PKV)/Selbstzahler

Als Selbstzahler/ Mitglied einer privaten Krankenversicherung (PKV) beauftrage ich oben genannte ärztliche Leistungen.

PKV-Versicherte: Mir ist bekannt, dass meine Krankenversicherung nicht verpflichtet ist, die Kosten zu übernehmen.

Für die Rechnung bin ich in voller Höhe zahlungspflichtig. Ich bin damit einverstanden, dass eine Abrechnung nach Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) erfolgt.

Datum

Name/Vorname: Patient/ gestzL.Vertreter/ Erziehungsberechtigter

Unterschrift



Genetische Diagnostik - Wachstumstörungen



Allgemeine Angaben

Probenmaterial

- ☐ EDTA-Blut
☐ Heparin-Blut
☐ DNA

Geschlecht des Probanden/ Patienten

- ☐ weiblich
☐ männlich
☐ divers

Kostenträger

- ☐ gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
☐ privat (PKV)/ Selbstzahler, Kostenübernahmeerklärung erforderlich
☐ stationär, Rechnung an Einsender

Klinische Daten und Befunde

Proband/in ist betroffen: ☐ ja ☐ nein

Körpergröße in cm: _____

Körpergröße in Perzentilen: _____

Body-Mass-Index (> 50. Perzentile) ☐ ja ☐ nein

Kurzer Unterarm ☐ ja ☐ nein

Cubitus valgus ☐ ja ☐ nein

Mentale Retardierung ☐ ja ☐ nein

auff. Wachstumsparameter ☐ ja ☐ nein

Familienangehörige erkrankt: ☐ ja ☐ nein

Zytogenetik (Heparin-Blutprobe)

- ☐ Chromosomenanalyse

Molekulare Genetik (EDTA-Blutprobe)

Auf Basis einer Kompletsequenzierung nahezu aller codierender Gene (Whole Exome Sequencing, WES) erfolgt für die aktuelle Fragestellung die bioinformatische Auswertung und medizinisch-klinische Interpretation von entsprechenden Genen/ Gruppen von Genen ("Gen-Panels").

Bei Rückfragen kontaktieren Sie uns gerne: 069 - 530 84 370 oder info@genetik.diagnosticum.eu

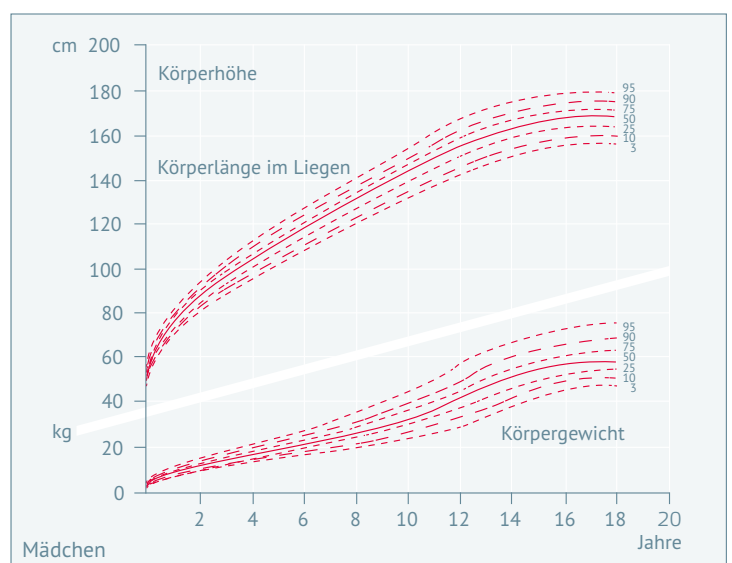
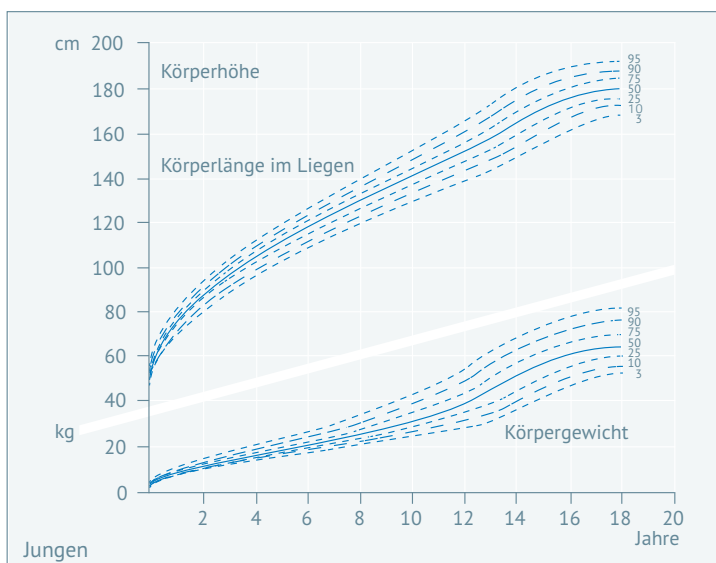
Klin. Angaben/ Symptome

Wenn möglich, Arztbriefe/ Befunde beifügen

WES-Analyse zur Klärung d. Fragestellung:

- ☐ **Kleinwuchs,** klinisch nicht eindeutig klassifizierbar
☐ **Hochwuchs,** klinisch nicht eindeutig klassifizierbar
☐ **Re-Evaluation**
 Re-Evaluation bereits vorhandener Genotypisierungsdaten und/ oder Befunde

Perzentilen



Allgemeine und präanalytische Hinweise

Die genetische Diagnostik belastet **nicht** das Laborbudget des überweisenden Arztes, siehe auch:

https://genetik.diagnosticum.eu/images/downloads/INFOS/2016_10_26_Praxisinformation_Genetische_Laboruntersuchungen_Veranlasser.pdf

Probenmaterial:

EDTA-Blut/ Heparin-Blut: 3-5 ml / Raumtemperatur (RT)
 DNA: 5-20 µg / RT

Probenversand:
 normaler Postweg

Analysedauer:
 8-12 Wochen in Abhängigkeit vom Analyseumfang

Versandmaterial anzufordern unter Telefonnummer 069 - 530 84 370 oder info@genetik.diagnosticum.eu