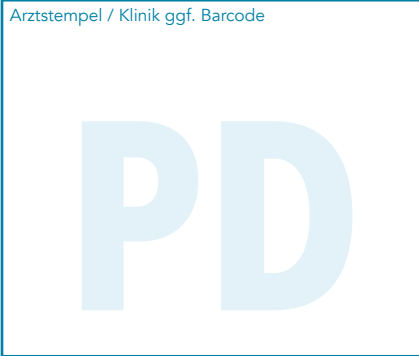


AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname und Adresse der Versicherten geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode


MGZ

 Medizinisch
Genetisches
Zentrum

 Prof. Dr. med. Dipl.-Chem.
Elke Holinski-Feder
PD Dr. med. Angela Abicht
Dr. med. Teresa Neuhann

 Partnerschaft von Fachärztinnen
für Humangenetik mbB, MVZ

 Bayerstraße 3 - 5
D-80335 München

 Tel. +49 89 30 90 886 - 0
Fax +49 89 30 90 886 - 66
info@mgz-muenchen.de

 Alle Formulare finden Sie unter
www.mgz-muenchen.de

 Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-ML-13242-01-00

 Durch die DAKKS nach DIN EN ISO
15189 akkreditiertes Labor. Die Akkre-
dittierung gilt für den in der Urkunden-
anlage D-ML-13242-01-00 festgelegten
Umfang, davon ausgenommen sind die
mit ° gekennzeichneten Analysen.

ANFORDERUNGSFORMULAR – PRÄNATALE DIAGNOSTIK

▶ ANGABEN ZUM EINSENDER UND BEFUNDEMPFÄNGER

 Eine Befundübermittlung kann gemäß Gendiagnostikgesetz nur an den veranlassenden Arzt erfolgen. Eine Wei-
tergabe des Befundes an Dritte ist mit Einwilligung des Patienten nur durch den veranlassenden Arzt möglich.

 eilige Befundmitteilung per Fax

Arztname, ggf. Station

Telefon

Faxnummer

▶ ANGABEN ZUR PROBE

Probenanmeldung/Logistik: Tel. 089 / 30 90 886 - 150 oder per Fax 089 / 30 90 886 - 151

Abnahmedatum

 Chorionzotten

 Nabelschnur-Blut

 Abortmaterial

 Fruchtwasser

 DNA, extrahiert aus:

Uhrzeit

 EDTA-Blut: Mutter (Trio-Analyse NGS/Kontaminationstest)

 Vater (Trio-Analyse NGS)

 Sonstiges Material:

▶ ANGABEN ZUM KOSTENTRÄGER

 * Humangenetische Analysen aus EBM Kapitel 11 belasten **nicht** den Wirtschaftlichkeitsbonus oder das Laborbudget.

-
- gesetzlich versichert, ambulant – Überweisungsschein Muster 10 *
-
-
- privat versichert, ambulant
-
-
- privat versichert, stationär

 Rechnung an Klinik

 Selbstzahler

 Die pränatale Array-Diagnostik (Kosten
€ 915,28) ist eine Selbstzahler-Leistung.
Bitte Kostenübernahmeerklärung be-
achten.

▶ ANGABEN ZUR SCHWANGERSCHAFT

 Patientin im Medizinisch Genetischen Zentrum bekannt: Ja Nein Nein, aber Angehöriger (bitte Angabe des Namens oder der MGZ ID und
des Verwandtschaftsverhältnisses):

 Schwangerschaftswoche laut Ultraschall: +

 rechnerisch: + letzte Regel:

 Anzahl der Feten: Geschlecht des Feten (falls bekannt): weiblich männlich Geschlechtsangabe gewünscht: Ja Nein

▶ UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

Unser fachärztliches Team steht Ihnen bei Fragen konsiliarisch zur Verfügung: 089 / 30 90 886 - 0

BIOCHEMISCHE LABORDIAGNOSTIK AUS FRUCHTWASSER

 000.00 Alpha-Fetoprotein (AFP) **

 000.00 Acetylcholinesterase (ACHE) **

ZYTOGENETIK / MOLEKULARE ZYTOGENETIK

 000.00 Karyotypisierung (CVS / Fruchtwasser / Nabelschnurblut)

 000.00 Pränataler FISH-Schnelltest (Chromosomen 13, 18, 21, X und Y)*

 000.00 Karyotypisierung, Fehlgeburtsgewebe

 000.00 Microarray (hochauflösende molekulare Chromosomenanalyse), pränatal*

MOLEKULARGENETIK

 165.04 Exom

 Ggf. in der Exomdiagnostik zu priorisierende Verdachtsdiagnose / Gene / Genpanel:

 000.00 Exom-Trio

MOLEKULARGENETISCHE ANALYSEN FÜR SPEZIFISCHE INDIKATIONEN

 000.00 Beckwith-Wiedemann-Syndrom, BWS | Methylierungstest 11p15

 159.01 Noonan-Syndrom | PTPN11

 000.00 Polyzystische Nieren | PKD1

 285.02 Noonan-Syndrom, weitere Gene | BRAF, KRAS, PTPN11, RAF1, RIT1, SOS1, SPRED1

 202.01 Polyzystische Nieren, weitere Gene | BICC1, CRB2, GLA, HNF1B, MUC1, OFD1, PAX2, PKD2, PKHD1, PRKCSH, REN, SALL1, SEC63, TSC1, TSC2, UMOD, VHL

 160.02 Rasopathien | A2ML1, BRAF, CBL, HRAS, KRAS, LZTR1, MAP2K1, MAP2K2, MRAS, NF1, NRAS, PPP1CB, PTPN11, RAF1, RASA2, RIT1, RRAS, SHOC2, SOS1, SOS2, SPRED1

 000.00 Hypochondroplasie/Achondroplasie/thanatophore Dysplasie | FGFR3

 144.04 Hirnfehlbildungen / neuron. Migrationsstörungen | 270 Gene – siehe www.mgz-muenchen.de

 000.00 Angeborene Herzfehler, Syndrom-assoziiert | 47 Gene – siehe www.mgz-muenchen.de

 000.00 Gezielte Diagnostik bei bekannter Erkrankung:

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

Die pränatale Array-Diagnostik ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen, sondern eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL), die privatärztlich liquidiert wird.

Der pränatale Schnelltest ist bei entsprechender Indikation eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Ohne entsprechende Indikation ist er keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen, sondern eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL), die privatärztlich liquidiert wird.

Ich wünsche die Durchführung der folgenden humangenetischen Untersuchungen:

 Pränatale Array-Diagnostik: Kosten € 915,28 [3920 (1x), 3922 (1x), 46x3924 (1x), 85 (1x)]

 Pränataler Schnelltest (FISH): Kosten € 147,47 [5x3924 (1,15x), A4815 (2,3x)]
(Sofern keine entsprechende Indikation vorliegt)

Ich wurde vom veranlassenden Arzt über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung und dessen Begrenzung auf die notwendige Krankenbehandlung unterrichtet. Mir ist bekannt, dass die Leistungen der GKV ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Das MGZ hat mich darüber informiert, dass die o.g. Untersuchung nicht Bestandteil des GKV-Kataloges, aber gleichwohl medizinisch möglich und sinnvoll ist. Über Möglichkeiten, meine Krankheit zu Lasten meiner Krankenkasse zu diagnostizieren und zu behandeln, wurde ich informiert.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich meine gesetzliche Krankenversicherung nicht, auch nicht teilweise, an den Kosten der Untersuchung beteiligen wird und ich die Rechnung daher selbst in vollem Umfang zu begleichen habe.

Ort, Datum



Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

 Material: EDTA-Blut HEPARIN-Blut Sonstiges

* Selbstzahler-Leistung: Bitte Kostenübernahmeerklärung unterschreiben!

Seite 1 von 2

** Diagnostik durchgeführt in kooperierendem Labor

INDIKATION Unser fachärztliches Team steht Ihnen bei Fragen konsiliarisch zur Verfügung: 089 / 30 90 886 - 0

- Auffälligkeit in vorangegangener Schwangerschaft oder genetisch bedingte Erkrankung in der Familie: _____
- Sonografische Auffälligkeiten / Medizinische Notwendigkeit: _____
- Auffälliger Ersttrimester-Test (bitte Befund beilegen) Auffälliger Nicht-Invasiver Pränataltest (NIPT) (bitte Befund beilegen)
- Mütterliches Alter Psychische Belastung



BEI TRIO: ANGABEN ZU DEN ELTERN

- Mutter klinisch nicht betroffen Bekannte gesundheitliche Probleme: _____
- EDTA-Blutprobe beiliegend Untersuchungsmaterial im MGZ vorliegend Untersuchungsmaterial folgt, bitte solange mit Analyse warten

MUTTER

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) willige ich in eine Verwendung meiner Probe für die Trio-Exomdiagnostik meines Kindes ein. Ich habe verstanden, dass es nicht Ziel der Untersuchung ist, eine Erkrankung bei mir festzustellen, sondern die Untersuchung einem Abgleich der genetischen Daten von Eltern und Kind dient, um die Aussagekraft der Untersuchung bei meinem Kind zu verbessern. Gleichwohl ist nicht auszuschließen, dass sich aus der Untersuchung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung bei mir selbst oder bei meinen Nachkommen ergibt und dem Befund meines Kindes zu entnehmen ist.

Ich stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, verarbeitet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden. Ich erkläre mich weiterhin mit den für mein Kind gemachten Angaben zur Verwendung von Probe und Untersuchungsergebnissen und zu selten möglichen Zusatzbefunden einverstanden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit. Falls eine genetische Beratung nicht bereits erfolgt ist, verzichte ich auf eine genetische Beratung vor Durchführung der Analyse.

Ort, Datum _____
 _____
 Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)
 _____
 Unterschrift aufklärender Arzt

Name, Vorname der Mutter



Geburtsdatum der Mutter

VATER

- Vater klinisch nicht betroffen Bekannte gesundheitliche Probleme: _____
- EDTA-Blutprobe beiliegend Untersuchungsmaterial im MGZ vorliegend Untersuchungsmaterial folgt, bitte solange mit Analyse warten

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) willige ich in eine Verwendung meiner Probe für die Trio-Exomdiagnostik meines Kindes ein. Ich habe verstanden, dass es nicht Ziel der Untersuchung ist, eine Erkrankung bei mir festzustellen, sondern die Untersuchung einem Abgleich der genetischen Daten von Eltern und Kind dient, um die Aussagekraft der Untersuchung bei meinem Kind zu verbessern. Gleichwohl ist nicht auszuschließen, dass sich aus der Untersuchung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung bei mir selbst oder bei meinen Nachkommen ergibt und dem Befund meines Kindes zu entnehmen ist.

Ich stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, verarbeitet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden. Ich erkläre mich weiterhin mit den für mein Kind gemachten Angaben zur Verwendung von Probe und Untersuchungsergebnissen und zu selten möglichen Zusatzbefunden einverstanden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit. Falls eine genetische Beratung nicht bereits erfolgt ist, verzichte ich auf eine genetische Beratung vor Durchführung der Analyse.

Ort, Datum _____
 _____
 Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)
 _____
 Unterschrift aufklärender Arzt

Name, Vorname des Vaters

Geburtsdatum des Vaters

EINWILLIGUNG NACH GENDIAGNOSTIKGESETZ

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) bin ich mit den genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderung bzw. zur Klärung der obengenannten klinischen Fragestellung einverstanden. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache der Erkrankung angesehen werden können.


Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, verarbeitet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden.


Ich erkläre mich einverstanden mit:

- der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor. Nein
- der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern. Nein
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus. Nein
- der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Qualitätssicherung. Nein
- der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken. Nein

Aufklärung zu Zusatzbefunden: In seltenen Einzelfällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit der oben genannten klinischen Fragestellung stehen, die aber nach aktuellem Wissenstand (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben. Über derartige Zusatzbefunde möchte ich informiert werden (Keine Auswahl wird als NEIN gewertet). Ja Nein

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Name, Vorname aufklärender Arzt
 _____
 Unterschrift aufklärender Arzt

Ort, Datum
 _____
 Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)