

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des/der Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

 Arztstempel und Unterschrift

 Barcode

Postnatale Chromosomenanalyse

Probenmaterial	Biologisches Geschlecht	Rechnungsart
☐ Heparinblut ☐ Fibroblasten ☐ Andere _____	☐ männlich ☐ weiblich	☐ Kasse (Schein Muster 10) ☐ Privat ☐ Selbstzahler ☐ Krankenhaus

Gewünschte Analyse(n) – bitte ankreuzen:		
☐ Postnatale Chromosomenanalyse inkl. humangenetischem Gutachten ☐ Eilbearbeitung (Neugeborene) ☐ Mosaik-Untersuchung (erweiterte Auswertung)	☐ Metaphase-FISH (Mikrodeletionssyndrome) ☐ Cri-du-Chat-Syndrom ☐ DiGeorge/Velocardiofaciales Syndrom ☐ Miller-Dieker-Syndrom ☐ Prader-Willi-/Angelman-Syndrom ⇒ EDTA-Blut erforderlich, bitte Anforderungsschein „Molekulargenetische Diagnostik“ benutzen ☐ Smith-Magenis-Syndrom ☐ Williams-Beuren-Syndrom ☐ Wolf-Hirschhorn-Syndrom ☐ andere (Sonden auf Anfrage)	☐ Chromosomale Mikroarray-Analyse (CMA) (bei gesetzlich versicherten Patient:innen darf eine chromosomale Mikroarray-Analyse erst im Anschluss an eine Chromosomen-Analyse erfolgen) ⇒ EDTA-Blut erforderlich, bitte Anforderungsschein „Molekulargenetische Diagnostik“ benutzen ☐ Tumorgenetik ⇒ Bitte Anforderungsschein „Interdisziplinäre Hämatologische Diagnostik“ verwenden

Indikation / Verdachtsdiagnose / Klinische Angaben:		
☐ Fehlbildungen, angeboren ☐ Habituelle Aborte ☐ Infertilität ☐ IVF/ICSI geplant ☐ Intelligenzminderung/Entwicklungsstörung ☐ Wachstumsstörung ☐ Großwuchs ☐ Kleinwuchs ☐ Sonstige: _____	☐ Verdacht auf numerische Chromosomenaberration ☐ Trisomie 13 ☐ Trisomie 18 ☐ Trisomie 21 ☐ Monosomie X (Turner-Syndrom) ☐ Triple-X-Syndrom ☐ Klinefelter-Syndrom	☐ Verdacht auf strukturelle Chromosomenaberration ☐ Balancierte Translokation ☐ Unbalancierte Translokation

Präanalytik und Versandmaterial	
Heparin-Blut	Säuglinge und Kleinkinder: 2-3 ml / Raumtemperatur Erwachsene: 5-7 ml / Raumtemperatur
Zellkultur **	mind. 25 ml / Raumtemperatur
Fibroblasten/Hautstanze***	ca. 5 mg Gewebestück, 2-10 mm ² groß
EDTA-Blut (Chromosomale Mikroarray-Analyse)	5-7 ml / Raumtemperatur

** in Kulturflasche, dicht bewachsen

*** steriles, ausdrücklich zum Zelltransport geeignetes Gefäß mit physiologischer Kochsalzlösung (0,9% NaCl) verwenden.

Auftragsformulare, Versand- und Verpackungsmaterial bestellen Sie über den Client Service: +49 6132 781-411 oder info.genetik@bioscientia.de

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz

Ich bestätige, dass ich von _____ im Hinblick auf die bei mir /
der von mir vertretenen Person _____ durchzuführende, nachfolgend näher
beschriebene/n gendiagnostische/n Untersuchung/en nach dem Gendiagnostikgesetz

über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten genetischen Untersuchung/en, die erzielbaren Ergebnisse, die gesundheitlichen Risiken sowie die vorgesehene Verwendung der genetischen Probe und der Untersuchungsergebnisse aufgeklärt wurde.

Zudem bestätige ich, dass

- (1) mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung eingeräumt wurde.
- (2) ich mit der/den oben genannten Untersuchung/en und der erforderlichen Gewinnung der genetischen Probe einverstanden bin.

Ich bestätige, dass ich darüber aufgeklärt wurde und mir bekannt ist, dass ich ein umfassendes Recht auf Nichtwissen ausüben kann und die Einwilligung außerdem jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber der/dem u.g. aufklärende/n Arzt/Ärztin (verantwortliche ärztliche Person) widerrufen kann, die Untersuchung dann abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Ferner erkläre ich mich einverstanden mit (Nichtausfüllen entspricht einem „Nein“):

- der Aufbewahrung der genetischen Probe nach Abschluss der genetischen Untersuchung(en), damit das Labor sie ggf. in anonymisierter Form für Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke (z. B. statistische Auswertungen) verwenden kann. ☐ ja ☐ nein
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus, damit sie ggf. auch danach in verschlüsselter Form vom Labor für Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können. ☐ ja ☐ nein

• der Mitteilung von medizinisch relevanten Zufallsbefunden. Bei umfassenderen genetischen Analysen können je nach Auswertestrategie zufällig Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht im Zusammenhang mit der diagnostischen Fragestellung stehen (siehe unsere Informationsbroschüren „Zufallsbefunde“, <https://genetik.bioscientia.de/formulare/>). Ein Anspruch auf vollständige Mitteilung aller Zufallsbefunde oder eine zukünftige Aktualisierung solcher Befunde besteht jedoch nicht. Sie haben die Möglichkeit zu entscheiden, ob und welche Zufallsbefunde mitgeteilt werden.

Ich wünsche die Mitteilung von Zufallsbefunden der:

- **Gruppe 1** (für eine mögliche Erkrankung gibt es vorbeugende oder therapeutische Maßnahmen). ☐ ja ☐ nein
- **Gruppe 2** (für eine mögliche Erkrankung gibt es derzeit keine vorbeugenden oder therapeutischen Maßnahmen). ☐ ja ☐ nein
- **Gruppe 3** (Varianten, die bei Nachkommen oder verwandten Personen zu einer erblichen Erkrankung führen können/Anlageträgerschaft). ☐ ja ☐ nein

Bei Kindern und Jugendlichen: Befunde der Gruppe-1-Erkrankungen, die sich bereits im Kindes-/Jugendalter manifestieren, werden immer mitgeteilt. Befunde der Gruppe 2 werden zum Schutz des Rechts auf Nichtwissen grundsätzlich nicht mitgeteilt, wenn sich die Erkrankung erst im Erwachsenenalter manifestiert und mit einer späteren Einwilligungsfähigkeit gerechnet werden kann.

- der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses bei Nichterreichen der verantwortlichen ärztlichen Person, auch an mitbehandelnde Ärzte der Praxis/Einrichtung oder vertretende Ärzte (Vertretungsfall). ☐ ja ☐ nein
- der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags bei Erforderlichkeit an spezialisierte kooperierende Labore. In diesem Fall werden die Untersuchungsergebnisse an das von mir beauftragte Labor berichtet, welches für die weitere Befundübermittlung zuständig ist. ☐ ja ☐ nein

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient/in bzw. Vertreter/in

Ort, Datum _____ Unterschrift Arzt/Ärztin