



Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

§ 116b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

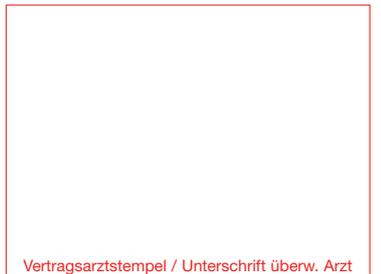
Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2020)

Gültig nur mit ausgefüllter und unterschriebener Einwilligungserklärung auf der Rückseite!

Privatpatient (Rechnung an Patienten, Kostenübernahme-Erklärung erforderlich!)

Privatpatient (Rechnung an Einsender)

Stationärer Patient (Rechnung an Kostenstelle)

ambulante Versorgung (Überweisung mitsenden)

Medicover Humangenetik Berlin-Lichtenberg MVZ
 Plauerer Straße 163-165
 13053 Berlin

Kostenloser Probentransport unter:
 Telefon: 030 92090727
 Mobil: 0173 5280106
 Fax: 030 92090741



Anforderungsschein Pränataldiagnostik

Angaben zur Patientin

SSW nach Ultraschall + SSW errechnet + Vorangegangene Geburten Anzahl Fehlgeburten

Einlingsschwangerschaft Mehrlingsschwangerschaft (Anzahl der Feten)

Angaben zur Probe

Abnahme / Punktionsdatum T T M M J J

Fruchtwasser Chorionzotten Nabelschnur-Blut EDTA-Blut Mutter (Kontaminationskontrolle)

Indikation

Auffälligkeit im Ultraschall Erhöhte Nackentransparenz Auffälliges Os nasale

Mütterliches Alter Auffällige Biochemie Besondere Beunruhigung

Auffälliges NIPT-Ergebnis Hydrops fetalis Andere Indikation _____

Genetische Diagnostik

Chromosomenanalyse Molekulargenetische Analyse (spezifizieren): AFP-Bestimmung ggf. ACHE

Schnell FISH Einzelgen-Diagnostik _____ Geschlechtsangabe nicht erwünscht

Sonstige FISH: _____ Panel-Diagnostik _____

Array-CGH (IGeL-Privatleistung) Exom-Analyse _____



0069023000

Weitere Informationen und Unterschriften: bitte wenden!

RIECO Orgaform Altenburg GmbH 03447 8519-0 10/20 FA003MED V02

Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Die Regelungen des GenDG sehen für genetische Untersuchungen eine **ausführliche Aufklärung** und eine **schriftliche Einwilligung** vor, zudem vor prädiagnostischen (bei Gesunden) und vorgeburtlichen Analysen zusätzlich eine **genetische Beratung**.

Bitte nehmen Sie nachfolgend Streichungen vor, falls Sie einzelnen Punkten nicht zustimmen.

Hiermit erkläre ich, dass ich

- von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der humangenetischen Untersuchung aufgeklärt wurde,
- jederzeit ausreichend Gelegenheit hatte, offene Fragen zu stellen und erschöpfende sowie verständliche Antworten darauf zu erhalten,
- mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial (Blut, Gewebe, bei Pränataldiagnostik Chorionzotten bzw. Fruchtwasser und Nabelschnurblut) einverstanden bin, und
- mit der Durchführung der **genetischen Untersuchung** zur Klärung der in Frage stehenden **Indikation/Diagnose/Verdacht**

einverstanden bin.

Weiter erkläre ich hiermit meine Einwilligung

- zur Auswertung zusätzlicher Gene der gleichen Indikationsgruppe im Rahmen der Forschung,
- zur Aufbewahrung des verbleibenden Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung, erhebe jedoch keinen Anspruch auf Aufbewahrung,
- mein Probenmaterial und ggf. die DNA-Sequenzinformation anonymisiert für die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen zur Verfügung zu stellen,
- zur Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Publikationen,
- zur Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von 10 Jahren hinaus, erhebe jedoch keinen Anspruch darauf,
- zur Weiterleitung des Untersuchungsauftrags oder Teilen davon – falls erforderlich – an ein medizinisches Kooperationslabor,
- zur Weiterleitung der Befunde der Untersuchung(en) auch an weitere, nachfolgend benannte Ärzte:

Dr. (s.) med.

Name

PLZ / Ort

Straße

Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass

- ich die Analyse jederzeit stoppen und die Vernichtung der bis dahin erzielten Ergebnisse verlangen kann,
- ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann,
- ich die bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs entstandenen Kosten in vollem Umfang übernehme,
- ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (**Recht auf Nichtwissen**),
- die genetische Untersuchung und Begutachtung sich nur auf die angeforderte Indikation bezieht und keine Aussagen über andere Erkrankungen getroffen werden,
- bei **Duo/Trio/Quattro-Analysen** (große Panels, Exome, Genome) die Analyseergebnisse **nicht Betroffener** nur zur Validierung von Varianten des Indexpatienten dienen,
- in seltenen Fällen klinisch relevante **Zusatzbefunde** auftreten können, die nicht in Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, jedoch für mich und/oder meine Familienangehörigen eine Behandlungskonsequenz haben. Ich erhebe keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von Zusatzbefunden.

WICHTIG: Ja, ich wünsche die Mitteilung von Zusatzbefunden mit therapeutischer oder prophylaktischer Relevanz, die zufällig oder im Rahmen der Forschung gefunden wurden (keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet).

Ort, Datum

 Unterschrift Patient(in) oder gesetzlicher Vertreter

 Unterschrift verantwortliche Ärztliche Person