



# Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

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

Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion     Geschlecht

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

**Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an**    Telefon Nr. \_\_\_\_\_    Fax Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose \_\_\_\_\_

Befund/Medikation \_\_\_\_\_

Auftrag \_\_\_\_\_



Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schulerunfällen

Muster 10 (10.2019)

**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 Entwicklungsstörungen / genetisch bedingte Erkrankungen

**Angaben zum Patienten**  
 Ethnische Herkunft \_\_\_\_\_

**Angaben zur Probe**  
 Abnahmedatum **T T M M J J**     EDTA-Blut     Heparin-Blut     Sonstiges \_\_\_\_\_

**Anamnese / Indikation / Verdachtsdiagnose**  
 \_\_\_\_\_

**Genetische Diagnostik**

<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse	<input type="checkbox"/> <b>Gen-Panel-Analysen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mikrodeletion/Duplikation</b>	<input type="checkbox"/> <b>Gene</b>	<input type="checkbox"/> <i>HBB</i> (Beta-Thalassämie)
<input type="checkbox"/> Mikro-Array-CGH	<input type="checkbox"/> X-linked MR-Panel	<input type="checkbox"/> DiGeorge-Syndrom (22q11.2)	<input type="checkbox"/> <i>FMR1</i> (Fragiles-X-Syndrom)	<input type="checkbox"/> <i>Dystrophin</i> (DMD/BMD)
<input type="checkbox"/> FISH-Analyse	<input type="checkbox"/> RETT-Syndrom-Panel	<input type="checkbox"/> Smith-Magenis-Syndrom (17p11.2)	<input type="checkbox"/> Angelman-Region	<input type="checkbox"/> <i>FMF</i> (Mittelmeerfieber)
<input type="checkbox"/> MLPA	<input type="checkbox"/> Rasopathie-Panel	<input type="checkbox"/> 1p36-Region	<input type="checkbox"/> Prader-Willi-Region	<input type="checkbox"/> <i>SHOX</i> (Kleinwuchs)
<input type="checkbox"/> Blut der Mutter	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/> Williams-Beuren-Syndrom (7q11.23)	<input type="checkbox"/> Beckwith-Wiedemann-Region	<input type="checkbox"/> <i>CYP21A2</i> (AGS)
<input type="checkbox"/> Blut des Vaters		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <i>CFTR</i> (Mukosviszidose)	<input type="checkbox"/> <i>CYP17A1/CYP11B1/POR/HSD3B2</i> (AGS-Stufendiag.)
		<input type="checkbox"/> weitere Mikrodel.-Dupl.-Regionen: _____	<input type="checkbox"/> <i>CFTR</i> (CBAVD/Fertilitätsstörung)	<input type="checkbox"/> weitere Gene: _____
			<input type="checkbox"/> <i>HTT</i> (Huntington Erkrankung)	
			<input type="checkbox"/> <i>SMN</i> (Spinale Muskelatrophie)	
			<input type="checkbox"/> <i>SCA</i> (...) (Spinocerebelläre Ataxie)	
			<input type="checkbox"/> <i>HBA1/2</i> (Alpha-Thalassämie)	

**Anamnese / Indikation**  
 \_\_\_\_\_

Indexpatient     Ratsuchender     Verwandtschaft zum Index \_\_\_\_\_



0069024500

FA005MED V01 01/20 FA005MED V01 03447 8519-0

## Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Die Regelungen des GenDG sehen für genetische Untersuchungen eine **ausführliche Aufklärung** und eine **schriftliche Einwilligung** vor, zudem vor prädiktiven (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 Weitergabe der Informationen über die Indikationsstellung und die Genbezeichnungen (nicht das Untersuchungsergebnis) an meine Krankenkasse und an die für den abrechnenden Arzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung (**ohne diese Zustimmung dürfen diese Untersuchungen nur als privat vom Patienten zu bezahlende Leistungen durchgeführt werden**),
- zur Anfertigung von Fotos meiner Person bzw. von Personen, die ich juristisch vertrete, für diagnostische Zwecke,
- 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

**X**

Unterschrift Patient(in) oder gesetzlicher Vertreter

**X**

Unterschrift verantwortliche Ärztliche Person