

Patient (ggf. Patientenetikett)

Name weiblich
 männlich

Vorname

Straße Geburtsdatum

PLZ, Ort

Einsender (ggf. Stempel)



Laboratoriumsmedizin Dortmund – Genetik

Brauhausstraße 4
44137 Dortmund

Tel.: 0231 · 95 72 – 0
Fax: 0231 · 57 98 34

genetik@labmed.de
www.labmed.de

Rückfragen an

Name

Tel.

Fax

Mail

Probenmaterial

Datum / Uhrzeit

EDTA-Blut

Lithium-Heparinat

DNA

Schleimhautabstrich

Fruchtwasser

Chorionzotten

Nabelschnurblut

Sonstiges Material:

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer

Rechnung

Rechnung an Patient/-in

Anforderungsschein Molekulargenetik (Individuelle Auswahl)

Datum: 28.05.2020

Gewünschte molekulargenetische Analyse

MODY, NGS-Panel (Maturity Onset Diabetes of the Young Panel)

Eine Liste der analysierten Gene findet sich unter www.labmed.de; andere Gene nach Rücksprache.

Kontakt: Dr. rer. nat. Heike Torkler, Tel: 0231 9572-6661

Anmerkungen/ggf. zusätzlich gewünschte Analysen:

Bei gleichzeitiger Anforderung mehrerer genetischer Analysen kann auch der allgemeine Anforderungsschein „AS Molekulargenetische Analysen A-Z“, im Internet unter www.medizin-zentrum-dortmund.de/de/humangenetik/anforderung, verwendet werden.

Angaben zum/r Patient/in bzw. zur Familienanamnese

Differenzialdiagnostik (symptom. Patient/in) prädiktive Diagnostik/Heterozygotentest. pränatale Diagnostik

Klinische Symptomatik:

Familienanamnese:

Wurde die angeforderte Gendiagnostik bereits bei betroffenen Angehörigen durchgeführt? Ja Nein

Falls ja, unbedingt Ergebnis hier angeben oder Befundkopie beifügen. (Damit erhöht sich die Aussagekraft erheblich, außerdem Kostenreduktion möglich!)

Andernfalls bitte begründen, z.B. weil Indexfall nicht untersucht verstorben Indexbefund nicht verfügbar

Besteht eine Schwangerschaft? Ja, SSW: Nein

Eltern: ethnische Herkunft konsanguin? Ja Nein

Informationen zur Abrechnung von Gen-Panel-Analysen (i.d.R. NGS-Panel)

Bei ambulanten, gesetzlich versicherten Patient/innen ist eine Abrechnung gem. **EBM** für Sequenzierungen bis 25 Kilobasen (kb) im Krankheitsfall (20 kb, bei Analysen auf somatische Mutationen, z.B. aus Tumorzellen) grundsätzlich möglich (keine Belastung des Laborbudgets des überweisenden Arztes). Darüber hinaus ist eine Analyse nur nach Antrag bei der jeweiligen Krankenkasse (nähere Informationen auf unserer Homepage unter <https://www.medizin-zentrum-dortmund.de/de/analytik-1462.html>) oder nach Ablauf von 3 Folgequartalen möglich. Dies gilt auch, wenn mehrere Sequenzierleistungen im selben Krankheitsfall durchgeführt werden sollen.

Bei umfangreichen Gen-Panel-Analysen werden daher im Bereich **EBM Core-Panel** (≤ 20/25kb) mit den wichtigsten Genen einer bestimmten Differenzialdiagnose durchgeführt, sofern kein weitergehender Antrag bei der GKV gestellt wird. Je nach klinischer Fragestellung und aktuellem Stand der Wissenschaft kann die Zusammensetzung der jeweiligen Core Gene variiert werden.

Bei Abrechnung gem. **GOÄ** (stationäre und privat versicherte Patienten, Selbstzahler) besteht keine Größenlimitierung für NGS-Panel. Ab einem Auftragswert von ca. 2.000€ erstellen wir jedoch vor der Leistungserbringung einen Kostenvoranschlag und bitten zunächst um Zusendung einer Kostenübernahmeerklärung.

Für einen Teil der genannten Gene wird zusätzlich eine MLPA-Analyse oder NGS-basierte Kopiezahlanalyse durchgeführt und ggf. gesondert berechnet. Falls zu analysierende Gene/Genpanel auf www.labmed.de noch nicht genannt sind oder Sie eine abweichende Zusammensetzung der genannten Panel wünschen, sprechen Sie uns bzgl. einer individuellen Diagnostik bitte an unter o.g. Telefonnummer oder unter genetik@labmed.de.

Aufklärung und Einwilligungserklärung der Patientin/ des Patienten

Hiermit bestätige ich, dass ich entsprechend dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) durch u.g. verantwortliche/n Ärztin/Arzt aufgeklärt, informiert und humangenetisch beraten wurde über:

- die Art und den Umfang der genetischen Analyse, sowie Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten Untersuchung,
- die von mir erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Daten (gem. EU-DSGVO)
- meinen Anspruch auf eine genetische Beratung und angemessene Bedenkzeit zur Einwilligung in die genannte Untersuchung,
- mein Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Begründung zu widerrufen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials zu verlangen,
- mein Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nicht-Wissen),
- die Vernichtung der Untersuchungsergebnisse nach 10 Jahren,
- die Vernichtung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung,
 - bei komplexen Fragestellungen kann eine längerfristige Aufbewahrung sinnvoll sein. Hiermit bin ich einverstanden Nein Ja
(Dies beinhaltet keinen Anspruch auf Aufbewahrung. Keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet.)
- die Möglichkeit, dass in Einzelfällen **evtl. Zusatzbefunde** erhoben werden können, die nicht mit der u.g. Fragestellung in Zusammenhang stehen
 - Eventuell erhobene Zusatzbefunde möchte ich erfahren (keine Auswahl wird als „Nur, wenn...“ gewertet):
 Nein Ja Nur, wenn sich dadurch therapeutische oder vorbeugende Konsequenzen ergeben
(Dies beinhaltet keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von Zusatzbefunden; bei Familienanalysen dienen die Analyseergebnisse *nicht Betroffener* nur zur Beurteilung von Varianten der/s Indexpatient/in)

Ich bin einverstanden (nicht Zutreffendes bitte streichen):

- mit der Entnahme von Probenmaterial,
- mit der oben angeforderten **molekulargenetischen Diagnostik**
- , dass die Untersuchungsergebnisse durch den/die verantwortliche/n Ärztin/Arzt an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden dürfen,
- , dass der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes Labor weitergeleitet werden darf,
- , dass bei Anwendung moderner Analyseverfahren ggf. auch genetische Daten erhoben, aber nicht ausgewertet werden, die nicht mit der genannten Fragestellung in Zusammenhang stehen.
- , dass Probe und erhobene Daten anonymisiert für die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen verwendet und identifizierte Varianten in wissenschaftliche Datenbanken eingetragen werden können.
- , dass bei Gengruppen-Untersuchungen die Zusammensetzung der im Analyseauftrag genannten Gene je nach klinischer Fragestellung/ Stand der Wissenschaft sinnvoll angepasst werden kann bzw. auch Gene für wichtige Differenzialdiagnosen untersucht werden

Ort, Datum

Unterschrift **Patient/in** bzw. Name und Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in

Name/Stempel und Unterschrift verantwortliche/r **Ärztin/Arzt**