

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

**Kostenträger**  
 Abrechnung mittels Überweisungsschein  
 Rechnung an Patient  
 Rechnung an Einsender

**Molekulargenetische Untersuchungen**

**Huntington-Erkrankung** - gesondertes Formular  
**Halospermtest** – gesondertes Formular

**3 ml EDTA-Blut**, postverschickt, ungekühlt

Adrenogenitales Syndrom (AGS) – *CYP21*-Gen  
 Angelman-Syndrom (Methylierungstest)  
 Azoospermiefaktoren  
 fra(X)-Syndrom (**10 ml** EDTA-Blut)  
 Mental Retard. MR MR in Fam. POF FXTAS  
 Hämochromatose  
 Hereditäre sensomotorische Neuropathie HSMN /  
 Charcot-Marie-Tooth (CMT)  
*PMP-22*-Gen, *Connexin32*-Gen *MPZ*-Gen  
 Hereditäre Neuropathie mit Neigung zu Druckpareesen  
 HNPP  
 Mukoviszidose / Zystische Fibrose (CF)  
 Fertilitätsstörung oder CF in Familie  
 Myotone Dystrophie (DM1)  
 Prader-Willi-Syndrom (Methylierungstest)  
 Spinocerebelläre Ataxien  
 Typ 1 Typ 7 Typ 17  
 Typ 2 Typ 8  
 Typ 3 Typ 10  
 Typ 6 Typ 12

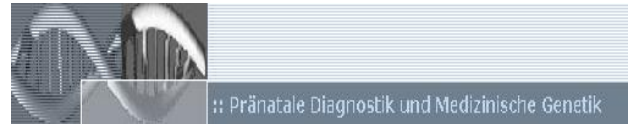
Thrombophilie  
 Faktor V (APC-Resistenz)  
 Prothrombin (Faktor II)  
 MTHFR C-677-T A-1298-C  
 PAI-1 (675 5G/4G; A-844-G)

Abstammungsgutachten (Mundschleimhaut -  
 2 Proben pro Person) **Die Bearbeitung erfolgt nur  
 bei Einreichung der notwendigen dazugehörigen  
 Unterlagen.**  
**Sonstige** Indikation/Bemerkungen/Kommentare:

---

**Material für pränatale Untersuchungen  
 nach Rücksprache**

Einsender (Stempel, Datum, Unterschrift, ggf. Name des Arztes in Klarschrift)



**Dr. med. Lutz Pfeiffer**  
 Facharzt für Humangenetik

**Dr. rer. nat. Britta Belitz**  
 Fachhumangenetikerin

**Dr. med. Miriam Kinzel, Dr. med. Pawel Szyld**  
 Fachärzte für Humangenetik (angestellt)

Frankfurter Allee 231 A 10365 Berlin  
 MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg  
 Telefon 030 5779 870 FAX 030 5779 8719  
 Email [genetik@pdmg.de](mailto:genetik@pdmg.de) [www.pdmg.de](http://www.pdmg.de)

**Probeneinsendung an  
 Praxis für Medizinische Genetik  
 Frankfurter Allee 231 A  
 10365 Berlin**



**Zytogenetische Untersuchungen**

**pränatal Chromosomenanalyse bzw. FISH-Schnelltest  
 Chromosomenanalyse aus Abortmaterial**  
 - bitte gesonderte Formulare verwenden -

Das Material für die gewünschten Untersuchungen sollte  
 möglichst bis zum Versand gekühlt (4°C) und dann **umgehend**  
 per Post oder durch einen Kurier eingeschickt werden -  
 3 ml mit Lithiumheparin versetztes **Venenblut**  
**Hautzellen** nach Biopsie in steriler Kochsalzlösung

**Postnatale Chromosomenanalyse**  
 Aberration - Ausschluss  
 Abort/e  
 Fertilitätsstörung  
 Geistige Entwicklungsstörung in Familie  
 Turner-Syndrom  
 V. a. Trisomie .....  
 auffälliger fetaler Ultraschallbefund

**Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH)  
 Mikrodeletionssyndrom**  
 22q11.2 (CATCH22, Di George I)  
 10p14 (Di George II)  
 Kallmann (*KAL X*) Miller-Dieker  
 Smith-Magenis Williams-Beuren

andere .....

**Chromosomale Umbauten**  
 Translokationsausschluss  
 Monosomie 1p36 Cri-du-Chat  
 Trisomie 21 (Down) Wolf-Hirschhorn

**Gonosomale Aberration (Mosaikausschluss)**  
 Ullrich-Turner Klinefelter

**Subtelomerscreening (STS)**

**ARRAY-CGH**

**Polkörperdiagnostik** (nach Rücksprache)  
**Sonstige** Indikation/Bemerkungen/Kommentare:

---

Datum und Ort der Probenahme \_\_\_\_\_

Ggf. weiterer zu benachrichtigender Arzt (mit Anschrift)

Eine **Genetische Beratung**, die bei genetischer Diagnostik nach den Empfehlungen des Berufsverbandes der Deutschen Humangenetiker und der Gesellschaft für Humangenetik dringend empfohlen wird, bieten wir in dieser Praxis an. Die Praxis für Medizinische Genetik nimmt an den qualitätssichernden Maßnahmen des Berufsverbandes „Medizinische Genetik e. V.“ teil.

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



:: Pränatale Diagnostik und Medizinische Genetik

**Dr. med. Lutz Pfeiffer**  
Facharzt für Humangenetik

**Dr. rer. Nat. Britta Belitz**  
Fachhumangenetikerin

**Dr. med. Miriam Kinzel, Dr. med. Pawel Szyld**  
Fachärzte für Humangenetik (angestellt)

Praxis für Medizinische Genetik  
Frankfurter Allee 231 A, 10365 Berlin

## Patientenerklärung zur Untersuchungsanforderung vom \_\_\_\_\_

**Einverständnis der Patientin/des Patienten bzw. des (gesetzlichen) Vertreters** (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser angeforderten Untersuchung/en sowie damit erzielbare Ergebnisse, über die damit zu erwartenden gesundheitlichen Risiken sowie deren Therapieoptionen und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten und ggf. weiteren notwendigen genetischen Analysen und der dafür erforderlichen Gewebeentnahme (z. B. Blut). Ich bin einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt bzw. publiziert werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Ich bin einverstanden, dass das Untersuchungsmaterial zur Validierung von Methoden bzw. für ggf. ergänzende Untersuchungen zur Diagnosefindung aufbewahrt wird, bis der Zweck der Untersuchung vollständig erfüllt ist. Ich möchte über so genannte Zufallsbefunde, das sind Ergebnisse, die sich nicht auf die o. g. Diagnose beschränken, informiert werden.

Ich erkläre, dass die Informationen über die Indikationsstellung und die Genbezeichnungen an meine Krankenkasse und an die für den abrechnenden Arzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung weitergegeben werden dürfen. Ohne diese Zustimmung dürfen diese Untersuchungen nur als privat vom Patienten zu bezahlende Leistungen durchgeführt werden. (Nichtzutreffendes bitte streichen.)

Für privat versicherte Patientinnen und Patienten bzw. Selbstzahlerinnen und Selbstzahler:

Ich beauftrage die Praxis für Medizinische Genetik mit der Durchführung der von mir gewünschten Untersuchung/en und erkläre die Übernahme der Kosten, die mir von der Praxis für diese Untersuchung in Rechnung gestellt werden.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. des (gesetzlichen) Vertreters