

| | | | | | | |
|------------------------------------|------------------|---------------|--------|------|-----|-------------|
| 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 |
|--|



Dr. med. Lutz Pfeiffer
 Facharzt für Humangenetik

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

Dr. rer. nat. Britta Belitz (in Apparategemeinschaft)
 Fachhumangenetikerin

Frankfurter Allee 231 A 10365 Berlin
 MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg
 Telefon 030 5779 870 FAX 030 5779 8719
 Email genetik@pdmg.de www.pdmg.de

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



Untersuchungsanforderung für eine pränatale Diagnostik

Zytogenetische Diagnostik – Chromosomenanalyse aus Fruchtwasser Fetalblut Chorionzotten

Entnahme am Menge __ mg oder ml Qualität _____

AFP- und/oder ACHE-Untersuchung aus Fruchtwasser gewünscht.

Molekular-Zytogenetische Diagnostik Pränataler Schnelltest (FISH) sonstige _____

Molekulargenetische Diagnostik – BITTE nur nach Rücksprache. _____

Patientin

Bisherige Schwangerschaften: __, davon lebend geboren __, tot geboren __, Abbrüche __, Fehlgeburten __

1. Tag der letzten Periode SSW rechnerisch __. Woche + __ Tage, SSW nach US __. Woche + __ Tage

Indikation/Fragestellung

erhöhtes mütterliches Alter wiederholte Aborte First-Trimester-Screening Risiko 1 : _____

Chromosomenstörung/en in der Familie _____

Ultraschallauffälligkeiten _____

sonstige Indikation _____

Besonderheiten in der Familienanamnese _____

Zu benachrichtigende Ärzte

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.)

Ich bin einverstanden, dass die Dres. Pfeiffer, Buske, Kinzel, Belitz mich über das Ergebnis der pränatalen Diagnostik persönlich telefonisch unter der Rufnummer _____ informieren.

Für privat versicherte Patientinnen und Selbstzahlerinnen: 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 bzw. des (gesetzlichen) Vertreters

| |
|---|
| Entnehmender Arzt (Stempel, Datum, Unterschrift, ggf. Name des Arztes in Klarschrift) |
|---|

| |
|---|
| Ggf. überweisender Arzt (Stempel, Datum, Unterschrift, ggf. Name des Arztes in Klarschrift) |
|---|