

Dr. med. Lutz Pfeiffer
Facharzt für Humangenetik

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

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

Praxis für Medizinische Genetik

Genetische Beratung und Diagnostik
Zytogenetisches & Molekulargenetisches Labor

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

Vertrag über Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) –

Ambulanter Behandlungsvertrag Halosperm-Test

Name _____ Vorname(n) _____

Straße _____

Ort _____

Telefonnummer _____

Im Rahmen der Fertilitätsbehandlung in der Praxis _____

wurde meine Samenprobe gewonnen. Diese Probe und eine Kopie des aktuellen SpermioGRAMMS soll mit meinem Einverständnis in die o. g. Praxis für Medizinische Genetik für den Halosperm-Test übersandt werden.

Erläuterungen zum Halosperm-Test

Die regelrechte Beschaffenheit der Erbinformation (DNA = Desoxyribonukleinsäure) in Spermien kann einen Einfluss auf die Fruchtbarkeit des Mannes nehmen. Schäden in der Spermien-DNA in Form von Brüchen (fragmentierte DNA) können durch verschiedene Faktoren verursacht werden (z.B. Infektionen, Lebensweise, etc.) und sich im Laufe der Zeit verändern. Mit dem **Halosperm-Test** wird der prozentuale Anteil der fragmentierten DNA in einer Samenprobe bestimmt und mit dem **DFI-Wert (DNA-Fragmentierungs-Index)** angegeben. Je höher der ermittelte DFI-Wert liegt, umso stärker ist die Erbinformation der Spermien geschädigt und damit sinkt die Wahrscheinlichkeit, eine Schwangerschaft auf natürlichem Weg mit einer gesunden Partnerin zu erzielen. Das Ergebnis des Halosperm-Tests kann als zusätzlicher Parameter in Verbindung mit dem SpermioGRAMM dazu beitragen, eine geeignete Kinderwunschtherapie festzulegen. Der Ausschluss anderer Ursachen einer verringerten Samenqualität oder Befruchtungsfähigkeit ist mit dieser Methode nicht möglich.

Bedeutung des Ergebnisses (Chohan K.R. et al., 2006):

bis 15 %: normale Fruchtbarkeit

über 15 bis unter 30 %: eingeschränkte Fruchtbarkeit, Empfehlung: Intrauterine Insemination (IUI)

ab 30 %: stark eingeschränkte Fruchtbarkeit, Empfehlung: In-vitro-Fertilisation (IVF) und/oder Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Blatt 2 zur Untersuchungsanforderung vom _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Einverständnis der Patientin/des Patienten bzw. des (gesetzlichen) Vertreters (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung! und dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten-Patientenrechtegesetz)

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 mit dem Wissen des jederzeit möglichen Widerrufs meinen Verzicht auf die Aushändigung einer Abschrift dieser Erklärung (§ 630e Absatz 2 Satz 2 BGB). (Nichtzutreffendes bitte streichen.)

Beauftragung und Zahlungsklausel

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. Die Kosten für den **Halosperm-Test betragen insgesamt ca. 220 EURO (inkl. Transportkosten)**. Ich wurde darüber informiert, dass sich das Honorar aus den Leistungsziffern, die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 01.04.2005 enthalten sind, ergibt. Ärztliche Leistungen werden im Allgemeinen mit dem Faktor 2,3 und Laborleistungen mit dem Faktor 1,8 berechnet.

Das Ergebnis des Halosperm-Testes soll dem veranlassenden Arzt der einsendenden Klinik zur Kenntnis gegeben werden.

Ich wünsche **eine** Kopie des Befundes:**keine** Kopie des Befundes:_____
Ort_____
Datum_____
Unterschrift des Patienten bzw. des (gesetzlichen) Vertreters