



AUFTRAG ZUR MOLEKULARGENETISCHEN DIAGNOSTIK

PATIENTENDATEN (GGF. AUFKLEBER)

Krankenkasse oder Kostenträger

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Geschlecht: weiblich

männlich

divers

(Referenz / Aktenzeichen)

EINSENDER

Ansprechpartner (Druckschrift)

Telefon

Praxis/Klinikstempel mit Befundadresse

Datum

Unterschrift

EILT (z. B. Therapierelevanz, Pränatalfall)

ABRECHNUNGSINFORMATIONEN¹

- Gesetzliche Krankenversicherung, ambulant extern (bitte Laborüberweisungsschein Nr. 10 beifügen)
- Gesetzliche Krankenversicherung, Hochschulambulanz UK Ulm (bitte Überweisungsschein Nr. 6 beifügen)
- Rechnung an einsendende(n/s) Arzt/Praxis/Klinikum
- Privatversichert, Rechnung an Patient (bitte Rechnungsadresse beifügen)
- Interne Leistungsverrechnung Universitätsklinikum Ulm
- Abrechnung nach § 116b SGB V

¹ Bei fehlender Angabe wird die Rechnung an den Einsender bzw. Patienten gestellt. Gleiches gilt für den Fall, dass eine Abrechnung aufgrund falscher Angaben nicht möglich ist.

PROBENMATERIAL

- Blut* Entnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____
 * Primär EDTA-Blut, 5- 10 ml (bei Neugeborenen wenn möglich 2-5 ml), bei Southern Blot min. 10ml, Blutentnahmeröhrchen beschriftet, Versand im Umröhrchen, ungekühlt
- DNA-Probe* Volumen [µl]: _____ DNA-Konzentration [ng/ µl]: _____
 * Falls Southern Blot erforderlich (z.B. Fra(X)-Syndrom, Myotone Dystrophie, ALS), mind. 30 µg DNA mit mind. 200 µg/ml erforderlich
- Anderes (nur nach vorheriger Absprache): _____

Bitte beachten sie auch das [Handbuch zur Primärprobenentnahme](#) auf unserer Website.

GENDIAGNOSTIKGESETZ

Das Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG) schreibt vor, dass genetische Analysen nur nach Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung der zu untersuchenden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden dürfen. Ferner muss der verantwortliche (=anfordernde) Arzt über die Bedeutung der Diagnostik ausführlich aufklären. Bei auffälligem Befund muss eine fachlich qualifizierte genetische Beratung angeboten werden. Vor und nach vorgeburtlicher oder prädiktiver (vorhersagender) Diagnostik muss eine genetische Beratung erfolgen.

Ferner erfordert gemäß §§ 8,9 jede genetische Untersuchung eine Beratung des Patienten/seines gesetzlichen Vertreters durch den verantwortlichen Arzt (Auftraggeber) und die gegenüber dem aufklärenden Arzt schriftlich erteilte Einverständniserklärung mit Erklärung zum Verbleib nicht verbrauchten Untersuchungsmaterials. Die Missachtung der gesetzlichen Vorschrift ist unter Strafe gestellt. Wir können die gewünschte genetische Untersuchung nur durchführen, wenn uns zusammen mit diesem Auftragsformular eine Kopie der folgenden Einverständniserklärung mit Unterschrift des Patienten oder Unterschrift des einsendenden Arztes, dass ihm die vom Patienten unterschriebene Einverständniserklärung vorliegt, zugesendet wird.

PATIENTENDATEN

Name:
Vorname:
Geb.-Dat.:



ANGABEN ZUM PATIENTEN

Indikation / Diagnostische Fragestellung (mit ICD10-Code)

ICD10-Code	Indikation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- betroffene Person prädiktiv pränatal Anlageträgerschaft/Segregation

Untersuchung hinsichtlich familiär bekannter Mutation gewünscht nein ja (Bitte Befund beilegen)

_____ _____
Gen Mutation

Familienanamnese

- auffällig unauffällig nicht bekannt

(Klinische Befundberichte / Stammbaumskizze erwünscht, ggf. auf separatem Blatt)

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|--|--|
| Genetische Vorbefunde Patient/in | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja (bitte Befunde beilegen) | |
| Angehörige erkrankt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| Genetische Vorbefunde Angehörige | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja (bitte Befunde beilegen) | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

Bereits von uns untersucht: _____
Name oder Aktenzeichen Verwandtschaft zu Patient/in

Schwangerschaft nein ja Schwangerschaftswoche: _____

Ethnische Herkunft

Konsanguinität in der Familie nein ja

PATIENTENDATEN

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Stufendiagnostik gewünscht nein ja (bitte Reihenfolge angeben)

Zweitprobe (Bestätigungsprobe)

ENTWICKLUNGSSTÖRUNG / KLEINWUCHS

Molekulare Karyotypisierung (SNP-Array)

Erfordert vorangehend zytogenetische Chromosomenanalyse

MIKRODELETIONSSYNDROME

Cri-du-Chat-Syndrom

5p15 (MLPA)

DiGeorge-Syndrom

22q11.21, 10p13-p14 (MLPA)

Mikrodeletionssyndrom 22q11

22q11 (MLPA)

Miller-Dieker-Syndrom (MDS)

17p13.3 (MLPA)

Phelan-McDermid-Syndrom / 22q13.3 Mikrodeletion

22q13.3 (MLPA)

SHANK3 (Sequenzierung)

Rubinstein-Taybi-Syndrom

CREBBP & *EP300*-Panel <25 kb (NGS)

16p13.3 (MLPA)

Smith-Magenis-Syndrom

17p11.2 (MLPA)

Williams-Beuren-Syndrom

7q11.23 (MLPA)

Wolf-Hirschhorn-Syndrom

4p16.3 (MLPA)

INPRINTINGSTÖRUNGEN

Angelman-Syndrom

15q11.2 (MLPA)

UBE3A (Sequenzierung)

Beckwith-Wiedemann-Syndrom / Exomphalos-Makroglossie-Gigantismus-Syndrom (EMG)

11p15 (MLPA)

Kagami-Ogata-Syndrom

UPD(14)pat (MLPA)

Multilocus Imprinting Disturbances (MLID)

MLID MLPA* (MLPA)

Panel Maternale Effektgene MLID** <25 kb (NGS)

* MLPA für *GNAS*, *GNASXL*, *GRB10*, *H19*, *KCNQ1OT1*, *MEST*, *MEG3*, *NESPAS*, *NESP55*, *PEG3*, *PLAGL1*, *SNRPN*

** im NGS-Panel enthalten: *DNMT1*, *DNMT3L*, *DPPA3*, *KHDC3L*, *MBD3*, *NLRP2*, *NLRP5*, *NLRP7*, *TRIM28*, *ZFP57*

Hinweis: Bei familiär bekannter Mutation (siehe Seite 2) oder in Sonderfällen werden auch gezielte Analysen mittels Sanger-Sequenzierung durchgeführt.

Hinweis: Im Allgemeinen erfolgt eine Sequenzierung mittels Next Generation Sequencing oder Sanger-Sequenzierung in Abhängigkeit vom Gesamtauftrag.

PATIENTENDATEN

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Prader-Willi-Syndrom (PWS)

15q11.2 (MLPA)

Silver-Russell-Syndrom

11p15; UPD(7)mat (MLPA)

Temple-Syndrom / UPD(14)mat

UPD(14)mat (MLPA)

UPD(7)mat

UPD(7)mat (MLPA)

MONOGENE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

Blasenmole (familiär)

NLRP7 (Sequenzierung)

Börjeson-Forsman-Lehmann-Syndrom (BFLS)

PHF6 (Sequenzierung, MLPA)

Coffin-Siris-Syndrom (CSS)

Panel CSS <25 kb (MLPA, NGS)

Im Panel enthalten: ARID1A, ARID1B, PHF6, SMARCA4, SMARCB1, SMARCE1, SOX11

MLPA für ARID1A, ARID1B und PHF6

Hinweis: Bei familiär bekannter Mutation (siehe Seite 3) oder in Sonderfällen werden auch gezielte Analysen mittels Sanger-Sequenzierung durchgeführt.

Fragiles-X-Syndrom (für Southern Blot bitte min. 10 ml Blut einsenden!)

FXS, *FMR1* (Fragment-PCR, Southern Blot)

Fragiles-X-Tremor-Ataxie-Syndrom (FXTAS), *FMR1* (Fragment-PCR, Southern Blot)

Fragiles-X assoz. Ovarialinsuffizienz (FXPOI), *FMR1* (Fragment-PCR, Southern Blot)

Nicolaides-Baraitser-Syndrom

SMARCA2-Panel <25 kb (NGS)

Perlman-Syndrom

DIS3L2 (Sequenzierung)

Rett-Syndrom (RTT)

Xq28 (MLPA)

MECP2 (Sequenzierung)

Simpson-Golabi-Behmel-Syndrom

Xq26 (MLPA)

GPC3 (Sequenzierung)

Turner-Syndrom

Xp22.33/Yp11.32 (MLPA)

Weaver-Syndrom

EZH2 (Sequenzierung)

Asservierung gewünscht

der kompletten Probe(n)

der miteingesandten Zweitprobe



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG EINER GENETISCHEN UNTERSUCHUNG

Über Zweck, Umfang, Aussagekraft und Tragweite der geplanten genetischen Untersuchung bei

Mir meinem Kind der von mir betreuten Person _____
Name, Vorname, Geb.-Dat.

sowie über meine gesetzlichen Rechte wurde ich von Herrn/Frau Dr. med. _____

aufgeklärt. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin mit der Abnahme von Probenmaterial (z.B. Blutprobe) und der Diagnostik der unten stehenden Fragestellung(en) / Erkrankung(en) einverstanden.

Fragestellung(en) / Erkrankung(en)

Ich stimme zu, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial sowie die Untersuchungsergebnisse und –unterlagen

a) in pseudonymisierter Form zur internen Qualitätssicherung, Lehre sowie für wissenschaftliche Zwecke eingesetzt und anonymisiert in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht werden dürfen. ja nein

b) am Universitätsklinikum Ulm für die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren im Rahmen der üblichen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen aufbewahrt werden (wenn „nein“ angekreuzt wird, erfolgt die sofortige Vernichtung des nicht verbrauchten Untersuchungsmaterials nach endgültigem Abschluss der Untersuchung gemäß GenDG). ja nein

c) Über die vorgeschriebene gesetzliche Aufbewahrungsfrist hinaus bis zu 30 Jahre aufbewahrt wird (entfällt, wenn unter b) „nein“ angekreuzt wurde). ja nein

Ich möchte über bedeutsame Befunde, die über die oben genannte Fragestellung(en) / Erkrankung(en) hinausgehen (sogenannte Zusatzbefunde), informiert werden. ja nein

Ich stimme zu, dass meine Untersuchungsergebnisse für die genetische Beratung und Untersuchung meiner erst- und zweitgradigen Verwandten (Eltern, Kinder, Geschwister, Onkel, Tanten) Angehörigen / ausschließlich meiner folgenden Verwandten: _____ (ggf. Namen) genutzt werden dürfen (nicht zutreffendes bitte streichen). ja nein

Ich stimme zu, dass meine Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergegeben werden dürfen. ja nein

Die Untersuchungsergebnisse dürfen folgenden mitbetreuenden Ärzten mitgeteilt werden: _____
Name(n)

Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann, ohne dass mir Nachteile hieraus entstehen. Ich kann jederzeit die komplette oder teilweise Vernichtung der Untersuchungsergebnisse verlangen. Eine weitere genetische Untersuchung erfordert einen erneuten Untersuchungsauftrag und meine erneute Einwilligung.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

Name des einsendenden Arztes

Unterschrift des einsendenden Arztes

oder Bestätigung des einsendenden Arztes, dass deren/dessen schriftliches Einverständnis vorliegt

Die Einwilligung des o.g. Patienten (bzw. bei Minderjährigen seiner Erziehungsberechtigten) zu den angeforderten Untersuchungen liegt mir gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) vor. Die Einwilligung zur Blut- / Gewebeentnahme, zur Archivierung sowie ggfls. Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke (anonym) sowie ggf. zu Weitergabe der Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle liegt mir ebenfalls vor. (Nichtzutreffendes bitte streichen!)

Ort, Datum

Name des einsendenden Arztes

Unterschrift des einsendenden Arztes