

AUFTRAG ZUR PRÄNATALEN GENETISCHEN DIAGNOSTIK

PATIENTENDATEN (GGF. AUFKLEBER)

Krankenkasse oder Kostenträger

Name, Vorname

Geb.-Datum

Straße, Nr.

Geschlecht

weiblich

männlich

divers

PLZ

Ort

(Referenz / Aktenzeichen)

EINSENDER

Ansprechpartner (Druckschrift)

Telefon

Praxis/Klinikstempel mit Befundadresse

Datum

Unterschrift

INTERNE BEARBEITUNGS-NR. (LABORINTERN)

INTERNE QUERVERWEISE: (LABORINTERN)

SSW LAUT USD:

GESCHLECHTSMITTEILUNG:

ja

nein

GEMINI

JA

BEI GEMINI: FET1 FET2

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 gestellt. Gleiches gilt für den Fall, dass eine Abrechnung aufgrund falscher Angaben nicht möglich ist.

PROBENMATERIAL

- | | | |
|--|----------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Choriongewebe | Entnahmedatum: _____ | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fruchtwasser | Entnahmedatum: _____ | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut | Entnahmedatum: _____ | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> EDTA Blut der Schwangeren | Entnahmedatum: _____ | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Abortgewebe | Entnahmedatum: _____ | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> fetale Achillessehne | Entnahmedatum: _____ | Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Anderes: _____ | Entnahmedatum: _____ | Uhrzeit: _____ |

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.

INDIKATION/DIAGNOSTISCHE FRAGESTELLUNG

- Alter der Schwangeren _____ Jahre
- auffälliger Ultraschallbefund: _____
- auffällige Serum-Biochemie: _____
- auffälliges Ersttrimester-Screening: _____
- bekannte **nachgewiesene** Chromosomenstörung in der Familie: _____
- bekannte **Mutation** in der Familie (*DNA-Versand nach extern nur mit gültigem Überweisungsschein Muster 10*)
Gen/Erkrankung (Bitte Befund beilegen): _____
- Andere: _____

ANGABEN ZUM PATIENTEN

Familienanamnese

- auffällig unauffällig nicht bekannt

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

- Genetische Vorbefunde Patient/in** nein ja (bitte Befunde beilegen)
- Angehörige erkrankt** nein ja nicht bekannt
- Genetische Vorbefunde Angehörige** nein ja (bitte Befunde beilegen) nicht bekannt

Bereits von uns untersucht: _____

Name oder Aktenzeichen

Verwandschaft zu Patient/in

Ethnische Herkunft

Konsanguinität in der Familie

- nein ja

Besonderheiten

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

- Chromosomenanalyse ausschließlich Asservieren des Probenmaterials nativ
- ausschließlich Asservieren von fixierten Zellen
- Anlegen einer Zellkultur (z.B. Fibroblasten)
- Festgelegte Stufendiagnostik (*CVS oder AC, EDTA-Blut der Schwangeren, Überweisungsschein 10, entsprechendes Einverständnis nach GenDG*)
1. Analyse hinsichtlich Trisomie 13,18, 21
2. falls unauffällig vollständige konventionelle Chromosomenanalyse, Array-CGH (extern) und Kontaminationskontrolle
- Pränataler PCR-Schnelltest auf Wunsch der Patientin (IGeL-Leistung)
- Pränataler PCR-Schnelltest bei auffälligem Ultraschallbefund
- FISH-Schnelltest (Aneuvysion) für die Chromosomen X, Y, 13, 18, 21
- FISH-Analyse auf Mikrodeletion 22q11.2 (Di-George-Syndrom; z.B. Abklärung Herzfehler, Gaumenspalte)
- pränatale Array-CGH (*nur nach telefonischer Rücksprache! DNA-Versand nach extern nur mit Überweisungsschein 10*)
- Kontaminationskontrolle (EDTA-Blut der Schwangeren erforderlich)
- DNA-Extraktion
- Andere (nur nach telefonischer Rücksprache, *DNA-Versand nach extern nur mit Überweisungsschein 10*): _____

Individuelle Stufendiagnostik gewünscht nein ja (bitte Reihenfolge angeben) _____

PATIENTENDATEN

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

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) ja nein

genutzt werden dürfen (nicht zutreffendes bitte streichen).

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