

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Anforderungsschein 2: genetische Erkrankungen

Einwilligungserklärung gemäß GenDG

Kinderwunsch/ Aborte	<input type="checkbox"/> Chromosomen ¹ LI-HEPARIN <input type="checkbox"/> Thrombophilie/ habituelle Aborte ¹ 2 x EDTA - 2 x CITRAT - 1 x SERUM	<input type="checkbox"/> Azoospermie: AZF ¹ EDTA <input type="checkbox"/> Azoospermie obstruktiv/CBAVD: FER02 2 x EDTA CFTR, ADGRG2
Vorzeitige Wechseljahre (Stufendiagnostik)	<input type="checkbox"/> FXPOI: FMR1 EDTA	<input type="checkbox"/> POI-Panel: FER01 2 x EDTA BMP15, FSHR
Gefäß- und Bindegewebs- erkrankungen	<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom: GBG01 FBN1, ADAMTS2, FBN2, SMAD3, TGFB2, TGFB1, TGFB2 <input type="checkbox"/> Ehlers-Danlos-Syndrom (klassisch): GBG02 COL1A1, COL5A1, COL5A2 <input type="checkbox"/> Ehlers-Danlos-Syndrom (vaskulär): GBG03 COL3A1 <input type="checkbox"/> Ehlers-Danlos-Syndrom (gesamt): GBG04 COL1A1, COL1A2, COL3A1, COL5A1, COL5A2, ADAMTS2, B4GALT7, CHST14, FKBP14, FLNA, PLOD1, PRDM5, SLC39A13, TNXB, ZNF469	<input type="checkbox"/> Thorakales Aortenaneurysma: GBG05 ACTA2, COL3A1, FBN1, MYH11, MYLK, SMAD3, TGFB2, TGFB1, TGFB2 <input type="checkbox"/> Zerebrale Mikroangiopathie: GBG06 NOTCH3, APP, COL4A1, COL4A2, CTSA, GLA, HTRA1, MT-TL1, TREX1 <input type="checkbox"/> Morbus Osler ¹ : GBG07 ACVRL1, ENG
Stoffwechsel/ Endokrinologie	<input type="checkbox"/> MODY und Gestationsdiabetes: STW01 GCK, HNF1A, HNF1B, HNF4A, PDX1, ABCC8, APPL1, BLK, CEL, INS, KCNJ11, KLF11, NEUROD1, PAX4 <input type="checkbox"/> Adipositas nicht-syndromal: STW02 ADCY3, LEP, LEPR, MC3R, MC4R, PCSK1, POMC <input type="checkbox"/> Familiäre Hypercholesterinämie: STW03 APOB, LDLR, LDLRAP1, PCSK9 <input type="checkbox"/> Hypertriglyceridämie/gemischte Lipidämie: STW04 APOA5, APOC2, APOE, GPIHBP1, LMF1, LPL, ABCG5, ABCG8, APOB, CREB3L3, CYP27A1, GPD1, LDLR, LDLRAP1, PSCK9	<input type="checkbox"/> Zystische Fibrose: STW06 CFTR <input type="checkbox"/> Multiple endokrine Neoplasie (MEN): STW07 CDKN1B, MEN1, RET Hämochromatose (Stufendiagnostik): <input type="checkbox"/> 1. HFE-Hauptvarianten HFE C282Y, H63D <input type="checkbox"/> 2. HFE-Panel: STW05 FTL, HAMP, HFE, HJV, SLC40A1, TFR2, CP
Syndromale Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Chromosomen ¹ LI-HEPARIN <input type="checkbox"/> Array-Analyse ¹ <input type="checkbox"/> Fragiles-X-Syndrom: FMR1 <input type="checkbox"/> Einzelgene/Panel ¹ bitte Fragestellung/Gene eintragen: 	<input type="checkbox"/> Prader-Willi-Syndrom <input type="checkbox"/> Angelman-Syndrom <input type="checkbox"/> Neurofibromatose Typ 1: SYN01 NF1, SPRED1 <input type="checkbox"/> Neurofibromatose Typ 2/ Schwannomatose: SYN02 LZTR1, NF2, SMARCB1 <input type="checkbox"/> Neurofibromatose gesamt: SYN03 LZTR1, NF1, NF2, SMARCB1, SPRED1
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Andere ¹ bitte Fragestellung/Gene eintragen: 	<input type="checkbox"/> Bestätigung der Probenidentität zu vorheriger Auftragsnummer:

¹ggf. Weiterleitung an Partnerlabor

Core Gene sind **hervorgehoben**. Änderungen der Zusammenstellung behalten wir uns vor. Eine vollständige Auflistung aller Analysen, die aktuelle Zusammenstellung unserer Gen-Panel sowie Anforderungsformulare für weitere klinische Bereiche finden Sie unter humangenetik.laborkrone.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Anforderungsschein 2: genetische Erkrankungen

Einwilligungserklärung gemäß GenDG

Einsender Ansprechpartner Tel.

Kostenträger GKV (Ü-Schein bitte beifügen!) Privat versichert Selbstzahler

Informationen zum Patienten

Geschlecht weiblich männlich divers Ethnische Herkunft

Untersuchungsart **betroffen/diagnostisch** **prädiktiv/Anlageträgerschaft**

Bei primär prädiktiv bitte begründen, z. B. weil Indexfall nicht untersucht verstorben Indexbefund nicht verfügbar

Eigenanamnese/Indikation

Familienanamnese

Genetische Vorbefunde vorhanden? (Eigene/Familienangehörige) nein ja (bitte barcodiert beilegen)

Transplantationen (Knochenmark, Gewebe, Stammzellen, Blut) nein ja (bitte spezifizieren)

Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Mit dieser Einverständniserklärung bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ausreichender Bedenkzeit gemäß Gendiagnostikgesetz mein Einverständnis mit der/den angeforderten genetischen Analyse/n und der dafür notwendigen Probenentnahme. Ich wurde über den Zweck der Untersuchung, die zu untersuchende Erkrankung und deren genetische Grundlage, sowie die Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der durchzuführenden Diagnostik in meinem speziellen Fall umfassend aufgeklärt. Ich bin mit der Befundübermittlung an die/den anfordernde/n Ärztin/Arzt und die von mir angegebenen Ärztinnen/Ärzte einverstanden.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

Der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages** bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor nein

Der **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus nein

Der **Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials** für mögliche spätere Untersuchungen nein

Der **Verwendung des Untersuchungsmaterials** für Qualitätssicherung und wissenschaftliche Zwecke nein

Der **Verwendung der Untersuchungsergebnisse** für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern nein

Aufklärung zu Zusatz-/Zufallsbefunden

In seltenen Fällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht unmittelbar angefordert wurden, jedoch im Zusammenhang mit der übergeordneten Fragestellung stehen könnten. Ich wünsche die Mitteilung dieser **fragestellungsbezogenen Zusatzbefunde**.

ja nein

Vereinzelt können zufällig medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die unabhängig von der Fragestellung sind, jedoch nach aktuellem Kenntnisstand eine Behandlungskonsequenz für mich und meine Familie haben (in Anlehnung an die Empfehlung der ACMG). Ich wünsche die Mitteilung solcher **fragestellungsunabhängigen Nebenbefunde** (Zufallsbefund).

ja nein

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden.

.....

Name, Vorname aufklärende/r Ärztin/Arzt Ort, Datum Unterschrift aufklärende/r Ärztin/Arzt* Unterschrift Patient/in/gesetzlicher Vertreter/in

*Im Fall einer **prädiktiven Diagnostik** bestätige ich als beauftragende/r Ärztin/Arzt, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.