

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

**Molekulargenetische Untersuchungen**

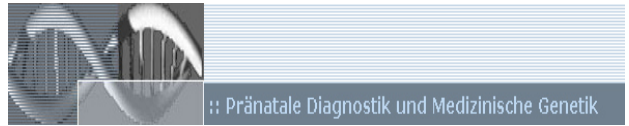
**Huntington-Erkrankung** - gesondertes Formular  
**Halospermtest** – gesondertes Formular

**3 ml EDTA-Blut**, postverschickt, ungekühlt

- Adrenogenitales Syndrom (AGS) – CYP21-Gen
- Angelman-Syndrom (Methylierungstest)
- Azoospermiefaktoren
- fra(X)-Syndrom (10 ml EDTA-Blut)
- Mental Retard. MR  MR in Fam.  POF  FXTAS
- Hämochromatose
- Hereditäre sensomotorische Neuropathie HSMN / Charcot-Marie-Tooth (CMT)
  - PMP-22-Gen,  Connexin32-Gen  MPZ-Gen
- Hereditäre Neuropathie mit Neigung zu Druckpareesen HNPP
- Mukoviszidose / Zystische Fibrose (CF)
  - Fertilitätsstörung oder  CF in Familie
- Myotone Dystrophie (DM1)
- Prader-Willi-Syndrom (Methylierungstest)
- Spinocerebelläre Ataxien
  - Typ 1  Typ 7  Typ 17
  - Typ 2  Typ 8
  - Typ 3  Typ 10
  - Typ 6  Typ 12
- Thrombophilie
  - Faktor V (APC-Resistenz)
  - Prothrombin (Faktor II)
    - MTHFR  C-677-T  A-1298-C
  - PAI-1 (675 5G/4G; A-844-G)
- Abstammungsgutachten (Mundschleimhaut - 2 Proben pro Person) **Die Bearbeitung erfolgt nur bei Einreichung der notwendigen dazugehörigen Unterlagen.**
- Sonstige** Indikation/Bemerkungen/Kommentare:

**Material für pränatale Untersuchungen nach Rücksprache**

Einsender (Stempel, Datum, Unterschrift, ggf. Name des Arztes in Klarschrift)



**Berlin Lichtenberg Genetik MVZ GmbH**

**Dr. med. Lutz Pfeiffer und Kollegen**  
 Facharzt für Humangenetik

Frankfurter Allee 231 A 10365 Berlin  
 MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg  
**Telefon 030 5779 8712 FAX 030 5779 8719**  
**Email genetik@pdmg.de www.pdmg.de**

**Probeneinsendung an**  
**Berlin Lichtenberg Genetik MVZ**  
 ehemals Praxis für Medizinische Genetik  
**Frankfurter Allee 231 A**  
**10365 Berlin**



**Zytogenetische Untersuchungen**

**pränatal Chromosomenanalyse bzw. FISH-Schnelltest**  
**Chromosomenanalyse aus Abortmaterial**  
 - bitte gesonderte Formulare verwenden -

Das Material für die gewünschten Untersuchungen sollte möglichst bis zum Versand gekühlt (4°C) und dann **umgehend** per Post oder durch einen Kurier eingeschickt werden -

3 ml mit Lithiumheparin versetztes **Venenblut**  
**Hautzellen** nach Biopsie in steriler Kochsalzlösung

- Postnatale Chromosomenanalyse**
  - Aberration - Ausschluss
  - Abort/e
  - Fertilitätsstörung
  - Geistige Entwicklungsstörung  in Familie
  - Turner-Syndrom
  - V. a. Trisomie .....
  - auffälliger fetaler Ultraschallbefund
- Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH)**
  - Mikrodeletionssyndrom**
    - 22q11.2 (CATCH22, Di George I)
    - 10p14 (Di George II)
    - Kallmann (KAL X)  Miller-Dieker
    - Smith-Magenis  Williams-Beuren
  - andere .....
  - Chromosomale Umbauten**
    - Translokationsausschluss
    - Monosomie 1p36  Cri-du-Chat
    - Trisomie 21 (Down)  Wolf-Hirschhorn
  - Gonosomale Aberration** (Mosaikausschluss)
    - Ullrich-Turner  Klinefelter
  - Subtelomerscreening (STS)**
- ARRAY-CGH**
- Polkörperdiagnostik** (nach Rücksprache)
- Sonstige** Indikation/Bemerkungen/Kommentare:

Datum und Ort der Probenahme

Ggf. weiterer zu benachrichtigender Arzt (mit Anschrift)

Eine **Genetische Beratung**, die bei genetischer Diagnostik nach den Empfehlungen des Berufsverbandes der Deutschen Humangenetiker und der Gesellschaft für Humangenetik dringend empfohlen wird, bieten wir in unserer Einrichtung an. Das Berlin Lichtenberg Genetik MVZ (GmbH) nimmt an den qualitätssichernden Maßnahmen des Berufsverbandes „Medizinische Genetik e. V.“ teil.

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		



**Berlin Lichtenberg Genetik MVZ** GmbH

**Dr. med. Lutz Pfeiffer und Kollegen**  
 Facharzt für Humangenetik

Frankfurter Allee 231 A, 10365 Berlin

**Patientenerklärung zur Untersuchungsanforderung vom \_\_\_\_\_**

**Einverständnis der Patientin/des Patienten bzw. des (gesetzlichen) Vertreters** (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!)

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.)

Für privat versicherte Patientinnen und Patienten bzw. Selbstzahlerinnen und Selbstzahler:

Ich beauftrage das Berlin Lichtenberg Genetik MVZ (GmbH) mit der Durchführung der von mir gewünschten Untersuchung/en und erkläre die Übernahme der Kosten, die mir von der Einrichtung für diese Untersuchung in Rechnung gestellt werden.

\_\_\_\_\_, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. des (gesetzlichen) Vertreters