

€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  
 MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg  
**Telefon 030 5779 8712 FAX 030 5779 8719**  
 Email [genetik@pdmg.de](mailto:genetik@pdmg.de) [www.pdmg.de](http://www.pdmg.de)

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



**Kostenträger**

- Abrechnung mittels Überweisungsschein
- Rechnung an Patient
- Rechnung an Einsender

## Untersuchungsanforderung für eine zytogenetische Diagnostik aus Abortmaterial

**Das Abortmaterial bitte in ein gut verschließbares steriles Gefäß mit steriler Kochsalzlösung geben.**

<b>Entnahme am</b> .....	<b>Beschreibung des Abortmaterials</b>
	<input type="checkbox"/> sichtbare Chorionzotten
	<input type="checkbox"/> keine sichtbaren Chorionzotten
	<input type="checkbox"/> Organanteile .....

### Angaben zu Schwangerschaften

1. Tag der letzten Periode ..... SSW rechnerisch ... Woche + ... Tage, SSW nach US ... Woche + ... Tage  
 Bisherige Schwangerschaften: .., davon lebend geboren .., tot geboren .., Abbrüche .., Fehlgeburten ..

### Indikation/Fragestellung

- Chromosomenstörung/en in der Familie .....
- Ultraschallauffälligkeiten .....
- Besonderheiten in der Familienanamnese (z. B. gehäufte Fehlgeburten, geistige Behinderungen) .....
- sonstige Indikation .....

### Zu benachrichtigende Ärzte

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 Selbstzahlerinnen:** 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.

Ort ..... Datum .....

Unterschrift der Patientin bzw. des (gesetzlichen) Vertreters

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

Ggf. überweisender Arzt (Stempel, Datum, Unterschrift, ggf. Name des Arztes in Klarschrift)