

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 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 pränatale Diagnostik

- Zytogenetische Diagnostik** – Chromosomenanalyse aus Fruchtwasser Fetalblut Chorionzotten
 Entnahme am _____ Menge __ mg oder ml Qualität _____
 AFP- und/oder ACHE-Untersuchung aus Fruchtwasser gewünscht.
- Molekular-Zytogenetische Diagnostik** Pränataler Schnelltest (FISH) sonstige _____
- Molekulargenetische Diagnostik – BITTE nur nach Rücksprache. _____

Patientin

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

Indikation/Fragestellung

- erhöhtes mütterliches Alter wiederholte Aborte First-Trimester-Screening Risiko 1 : _____
- Chromosomenstörung/en in der Familie _____
- Ultraschallauffälligkeiten _____
- sonstige Indikation _____
- Besonderheiten in der Familienanamnese _____

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.) Ich bin einverstanden, dass die Dres. Pfeiffer und Kollegen mich über das Ergebnis der pränatalen Diagnostik persönlich telefonisch unter der Rufnummer _____ informieren.

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)