

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**)
- Hämochromatose
- Hereditäre sensomotorische Neuropathie HSMN / Charcot-Marie-Tooth (CMT)
 - PMP-22-Gen, Connexin32-Gen MPZ-Gen
- Hereditäre Neuropathie mit Neigung zu Druckpareisen HNPP
- Hypercholesterolämie LDL-Rezeptor und ApoB
- Laktoseintoleranz
- Mukoviszidose / Zystische Fibrose (CF)
 - Fertilitätsstörung oder CF in Familie
- Prader-Willi-Syndrom (Methylierungstest)
- Spinocerebelläre Ataxien
 - Typ 1 Typ 7 Typ 17
 - Typ 2 Typ 8
 - Typ 3 Typ 10
 - Typ 6 Typ 12
- Subtelomer-Screening (MLPA)
- 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)
- Sonstige** Indikation/Bemerkungen/Kommentare:

Material für pränatale Untersuchungen nach Rücksprache

- Fruchtwasser Chorionzotten Nabelschnurblut

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



:: Pränatale Diagnostik und Medizinische Genetik

Dr. med. Lutz Pfeiffer
Dr. med. Annegret Buske
Dr. med. Miriam Kinzel (angestellt)
 Fachärzte für Humangenetik
 Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
Dr. rer. nat. Britta Belitz (in Apparategemeinschaft)
 Fachhumangenetikerin

Kronenstraße 55-58 10117 Berlin
 Telefon 030 4000 4763 0 FAX 030 4000 4763 69
 Frankfurter Allee 231 A 10365 Berlin
 MedizinZentrum am Sana Klinikum Lichtenberg
Telefon 030 5779 870 FAX 030 5779 8719
 Email genetik@pdmg.de www.pdmg.de

Probeneinsendung an
Praxis für Medizinische Genetik
Frankfurter Allee 231 A
10365 Berlin



Zytogenetische Untersuchungen

Pränatale Chromosomenanalyse bzw. FISH-Schnelltest
Chromosomenanalyse aus Abortmaterial
 - gesonderte Formulare

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

- Postnatale Chromosomenanalyse**
 - 3 ml mit Lithiumheparin versetztes **Venenblut**
 - Hautzellen** nach Biopsie in steriler Kochsalzlösung
 - Abortmaterial** – gesondertes Formular
 - Aberration - Ausschluss
 - Abort/e
 - Fertilitätsstörung
 - Geistige Entwicklungsstörung in Familie
 - Klinefelter-Syndrom
 - Turner-Syndrom
 - V. a. Trisomie
 - auffälliger fetaler Ultraschallbefund
 - FISH-Untersuchung wegen eines Syndroms**
 - pränatal** oder **postnatal**
 - Cri-du-Chat
 - Kallmann-Mikrodeletion (KAL X)
 - Klinefelter
 - Mikrodeletion 22q11.2 (CATCH22, Di George I)
 - Mikrodeletion 10p14 (Di George II)
 - Miller-Dieker
 - Monosomie 1p36
 - Smith-Magenis
 - Williams-Beuren
 - Wolf-Hirschhorn
 - Ullrich-Turner
 - andere Mikrodeletionssyndrome.....
 - Polkörperdiagnostik** (nach Rücksprache)
 - ARRAY-CGH**
 - 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 dieser Praxis an. Die Praxis für Medizinische Genetik 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	



:: Pränatale Diagnostik und Medizinische Genetik

Dr. med. Lutz Pfeiffer
Dr. med. Annegret Buske
Dr. med. Miriam Kinzel
 Fachärzte für Humangenetik
Dr. rer. nat. Britta Belitz
 Fachhumangenetikerin

Kronenstraße 55-58 10117 Berlin
 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 ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten und ggf. weiteren notwendigen genetischen Analysen und der dafür erforderlichen Gewebeentnahme. 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 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 die Praxis für Medizinische Genetik mit der Durchführung der von mir gewünschten Untersuchung/en und erkläre die Übernahme der Kosten, die mir von der Praxis für diese Untersuchung in Rechnung gestellt werden.

_____, _____, _____
 Ort Datum Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. des (gesetzlichen) Vertreters