

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

Praxis für Medizinische Genetik
Genetische Beratung und Diagnostik, Zytogenetisches & Molekulargenetisches Labor

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

Vertrag über Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) –

Ambulanter Behandlungsvertrag Halosperm-Test

Name _____ Vorname(n) _____

Straße _____

Ort _____

Telefonnummer _____

Im Rahmen der Fertilitätsbehandlung in der Praxis _____

_____ wurde meine Samenprobe gewonnen. Diese Probe und eine Kopie des aktuellen Spermioграмms soll mit meinem Einverständnis in die o. g. Praxis für Medizinische Genetik für den Halosperm-Test übersandt werden.

Erläuterungen zum Halosperm-Test

Die regelrechte Beschaffenheit der Erbinformation (DNA = Desoxyribonukleinsäure) in Spermien kann einen Einfluss auf die Fruchtbarkeit des Mannes nehmen. Schäden in der Spermien-DNA in Form von Brüchen (fragmentierte DNA) können durch verschiedene Faktoren verursacht werden (z.B. Infektionen, Lebensweise, etc.) und sich im Laufe der Zeit verändern. Mit dem **Halosperm-Test** wird der prozentuale Anteil der fragmentierten DNA in einer Samenprobe bestimmt und mit dem **DFI-Wert (DNA-Fragmentierungs-Index)** angegeben. Je höher der ermittelte DFI-Wert liegt, umso stärker ist die Erbinformation der Spermien geschädigt und damit sinkt die Wahrscheinlichkeit, eine Schwangerschaft auf natürlichem Weg mit einer gesunden Partnerin zu erzielen. Das Ergebnis des Halosperm-Tests kann als zusätzlicher Parameter in Verbindung mit dem Spermioграмm dazu beitragen, eine geeignete Kinderwunschtherapie festzulegen. Der Ausschluss anderer Ursachen einer verringerten Samenqualität oder Befruchtungsfähigkeit ist mit dieser Methode nicht möglich.

Bedeutung des Ergebnisses (Chohan K.R. et al., 2006):

bis 15 %: normale Fruchtbarkeit

über 15 bis unter 30 %: eingeschränkte Fruchtbarkeit, Empfehlung: Intrauterine Insemination (IUI)

ab 30 %: stark eingeschränkte Fruchtbarkeit, Empfehlung: In-vitro-Fertilisation (IVF) und/oder Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Blatt 2 zur Untersuchungsanforderung vom _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten Untersuchung aufgeklärt wurde. Ich bin informiert über die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer genetischen Beratung, die in Verbindung mit einer genetischen Diagnostik entsprechend dem Gendiagnostikgesetz anzubieten ist. Unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes bin ich mit der geplanten genetischen Analyse und der damit erforderlichen Gewebeentnahme einverstanden. Die erhobenen Ergebnisse sollen in Papierform als auch in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden und können ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt bzw. publiziert werden. Die Ergebnisse der Untersuchung müssen nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden. Ich bin damit einverstanden, dass das Untersuchungsmaterial für ggf. ergänzende Untersuchungen zur Diagnosefindung aufbewahrt wird, bis der Zweck der Untersuchung vollständig erfüllt ist. (Nichtzutreffendes bitte streichen.)

Beauftragung und Zahlungsklausel

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. Die Kosten für den **Halosperm-Test betragen insgesamt ca. 180 EURO, ggf. zuzüglich Transportkosten (innerhalb Berlins ca. 30 EURO)**. Ich wurde darüber informiert, dass sich das Honorar aus den Leistungsziffern, die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 01.04.2005 enthalten sind, ergibt. Ärztliche Leistungen werden im Allgemeinen mit dem Faktor 2,3 und Laborleistungen mit dem Faktor 1,8 berechnet.

Das Ergebnis des Halosperm-Testes soll dem veranlassenden Arzt der einsendenden Klinik zur Kenntnis gegeben werden.

Ich wünsche **eine** Kopie des Befundes: **keine** Kopie des Befundes:

Ort_____
Datum_____
Unterschrift des Patienten bzw. des (gesetzlichen) Vertreters