

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			



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



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

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.)

Ich bin einverstanden, dass die Dres. Pfeiffer, Buske, Kinzel, Belitz mich über das Ergebnis der pränatalen Diagnostik persönlich telefonisch unter der Rufnummer _____ informieren.

Für privat versicherte Patientinnen und Selbstzahlerinnen: 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 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)