

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 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

**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 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)