

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname und Adresse der Versicherten geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode

REP



GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE UND REPRODUKTIONSGENETIK EILT

▶ ANGABEN ZUM EINSENDER

Ansprechpartner für Rückfragen und Befundübermittlung:

Arztname, ggf. Station Telefon Telefax
Befundübermittlung bitte auch an:

Arztname, Anschrift

▶ ANGABEN ZUR PROBE

Abnahmedatum EDTA-Blut Heparin-Blut Chorionzotten/Fruchtwasser
 Abortmaterial DNA, extrahiert aus: _____
 Uhrzeit Tumorblock Sonstiges Material: _____

▶ ANGABEN ZUM PATIENTEN

Patient im Medizinisch Genetischen Zentrum bekannt: Ja Nein Nein, aber Angehöriger (bitte Angabe des Namens oder der MGZ ID und des Verwandtschaftsverhältnisses): _____

Geschlecht: weiblich männlich

Ethnische Herkunft: _____

schwanger: Nein Ja Schwangerschaftswoche _____

pränatale Analyse: Nein Ja

Patient erkrankt: Nein Ja

Anamnese/Indikation:* _____

Genetische Vorbefunde (Patient):* Nein Ja
 Genetische Vorbefunde (Angehöriger):* Nein Ja
 Angehörige(r) erkrankt: Nein Ja

* Vorbefunde bitte angeben/beilegen

▶ ANGABEN ZUM KOSTENTRÄGER

Privat, ambulant Selbstzahler gesetzlich versichert (Überweisungsschein Muster 10)
 Privat, stationär Rechnung an Klinik **Verpflichtende Zusatzangaben für gesetzlich versicherte Patienten:**
 § 116b SGB V Ein Behandlungsplan für eine reproduktionsmedizinische Maßnahme liegt vor oder ist beantragt Nein Ja
 Eine ICSI (intrazytoplasmatische Spermieninjektion) ist erfolgt oder geplant Nein Ja

EINWILLIGUNG NACH GENDIAGNOSTIKGESETZ

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) bin ich mit den genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderung bzw. zur Klärung der obengenannten klinischen Fragestellung einverstanden. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache der Erkrankung angesehen werden können.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden.

Ich bin mit der Befundübermittlung an die oben genannten Ärzte und den überweisenden Arzt einverstanden.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

- der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor. Nein
- der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern. Nein
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus. Nein
- der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Qualitätssicherung. Nein
- der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken. Nein

Aufklärung zu Zusatzbefunden: In seltenen Einzelfällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit der oben genannten klinischen Fragestellung stehen, die aber nach aktuellem Wissenstand (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben. Über derartige Zusatzbefunde möchte ich informiert werden (Keine Auswahl wird als NEIN gewertet). Ja Nein

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Name, Vorname aufklärender Arzt

Ort, Datum

Unterschrift aufklärender Arzt

X
Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

WEIBLICHE FERTILITÄTSSTÖRUNGEN

FERTILITÄTSSTÖRUNG BEI DER FRAU

[N97.9: Nichteintreten einer Schwangerschaft trotz regelmäßigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr über mindestens 12 Monate, Q99.9: Sonstige nicht näher bezeichnete Chromosomenanomalien]

000.00 Chromosomenanalyse

REZIDIVIERENDES IMPLANTATIONSVERSAGEN

[N97.2: Nichtimplantation einer Eizelle im Rahmen einer künstlichen Befruchtung, Nachweis einer Uterusanomalie, Endometriumauffälligkeiten]

000.00 Chromosomenanalyse

813.01 Eizellreifungsstörung/embryonaler Arrest | *BTG4, NLRP2, NLRP5, PADI6, PANX1, PATL2, TLE6, TRIP13, TUBB8, ZP1, ZP2, ZP3*

REZIDIVIERENDE ABORTE [N96: Neigung zu habituellem Abort]

000.00 Chromosomenanalyse

000.00 F2, F5 (Thrombophilie)

Zusätzliche klinische Information / abweichende Indikation: _____

MÄNNLICHE FERTILITÄTSSTÖRUNGEN

FERTILITÄTSSTÖRUNG BEIM MANN

[N46: Ungewollte Kinderlosigkeit trotz regelmäßigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr über mindestens 12 Monate und/oder pathologisches Spermogramm nach den WHO-Kriterien]

000.00 Chromosomenanalyse

REZIDIVIERENDE ABORTE DER PARTNERIN

[Q99.9: Sonstige nicht näher bezeichnete Chromosomenanomalien]

000.00 Chromosomenanalyse

AZOOSPERMIE/OLIGOZOOSPERMIE

[N46: Ungewollte Kinderlosigkeit trotz regelmäßigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr über mindestens 12 Monate und/oder pathologisches Spermogramm nach den WHO-Kriterien]

000.00 Chromosomenanalyse (z.A. Klinefelter-Syndrom, z.A. strukturelle Chromosomenaberration)

000.00 *CFTR* (bei obstruktiver Azoospermie/schwerer Oligozoospermie)

000.00 Mikrodeletionen *Yq11, AZF* (bei nicht-obstruktiver Azoospermie/schwerer bis moderater Oligozoospermie)

855.00 Azoospermie – Basisdiagnostik | *AR, DMRT1, FANCA, FANCM, NR5A1, PPP2R3C, SOHLH1, SYCP2, SYCP3, TEX11*

856.00 Azoospermie – erweiterte Diagnostik | *MCM8, PLCZ1, SUN5, SYCE1, TAF4B, TEX14, TEX15, ZMYND15*

857.00 Terato- und Asthenozoospermie | *AURKC, CATSPER1, CATSPER2, DNAH1, DPY19L2, DZIP1, SEPT12, SLC26A8, SPATA16*

PRÄMATURE OVARIALINSUFFIZIENZ (POI) [E28.3: Ovarialinsuffizienz]

000.00 Chromosomenanalyse

000.00 *FMR1*-Repeat (Fragiles-X-Syndrom, Prämutation)

614.02 NGS-Panel „Prämaturovarialinsuffizienz“ (zur Abklärung seltener genetischer Ursachen einer Prämaturovarialinsuffizienz) | *BMP15, FIGLA, FOXL2, FSHR, GDF9, HFM1, MCM8, MCM9, NANOS3, NOBOX, NR5A1, PGRMC1, STAG3, SYCE1*

AGS, NICHT KLASSISCHES AGS [E25.9: Adrenogenitale Störung, nicht näher bezeichnet]

000.00 *CYP21A2* (21-Hydroxylase-Defizienz)

634.00 NGS-Panel „Seltene Ursachen AGS“ (zur Abklärung seltener Ursachen eines AGS) | *CYP11B1, CYP17A1, HSD3B2, STAR*

811.00 Polyzystisches Ovarialsyndrom | *CAPN10, CYP11A1, DENND1A, GNRH1, INS, INSR, IRS1, IRS2, KISS1, TACR3, THADA*

MÄNNLICHER HYPOGONADISMUS GONADALEN URSPRUNGS

(primärer Hypogonadismus) [E29.1: Testikuläre Unterfunktion]

000.00 Chromosomenanalyse (z.A. Klinefelter-Syndrom, z.A. strukturelle Chromosomenaberration)

MÄNNLICHER HYPOGONADISMUS HYPOTHALAMISCH-HYPOPHYSÄREN URSPRUNGS [E23.0: Hypogonadotroper Hypogonadismus]

858.00 Hypogonadotroper Hypogonadismus – autosomal dominant | *CHD7, DUSP6, FGF17, FGF8, FGFR1, HS6ST1, IL17RD, PROK2, PROKR2, SEMA3A, SPRY4, WDR11*

859.00 Hypogonadotroper Hypogonadismus – autosomal rezessiv, X-chromosomal | *ANOS1, FSHB, GNRH1, GNRHR, KISS1, KISS1R, LHB, NROB1, TAC3, TACR3*

860.00 Hypogonadotroper Hypogonadismus – Gesamtpanel | *ANOS1, CCDC141, CHD7, DCC, DUSP6, FEZF1, FGF17, FGF8, FGFR1, FLRT3, FSHB, GNRH1, GNRHR, HS6ST1, IL17RD, KISS1, KISS1R, LHB, NROB1, NSMF, NTN1, PLXNA1, PROK2, PROKR2, SEMA3A, SPRY4, TACR3, WDR11*

MORPHOLOGISCHE SPERMIEANOMALIEN

861.00 Morphologische Spermieanomalien (MMAF) – Basisdiagnostik | *ARMC2, CFAP65, CFAP69, DNAH1*

862.00 Morphologische Spermieanomalien (MMAF) – erweiterte Diagnostik | *AK7, ARMC2, CDC14A, CFAP43, CFAP44, CFAP65, CFAP69, DNAH1, DNAH17, DNAH6, FSIP2, PMFBP1, QRICH2, RSPH3, SPEF2, TTC21A, TTC29, WDR19, WDR66*

AUFFÄLLIGE FAMILIENANAMNESE (V.A. GENETISCH-BEDINGTE ERKRANKUNG IN EIGEN- ODER FAMILIENANAMNESE)

ENTWICKLUNGSSTÖRUNG IN DER FAMILIENANAMNESE MIT FORMALGENETISCH MÖGLICHER ANLAGETRÄGERSCHAFT (ggf. sind bitte alle erhältlichen Informationen zum Indexpatienten mitzuteilen)

[Z82: Bestimmte Behinderungen oder chronische Krankheiten in der Familienanamnese, die zu Schädigung oder Behinderung führen]

000.00 Chromosomenanalyse (z.A. strukturelle Chromosomenaberration)

000.00 *FMR1*-Repeat (z.A. Anlageträgerschaft für Fragiles-X-Syndrom)

Angaben zum Indexpatienten / zur Familienanamnese: _____

CHROMOSOMENANALYSE IM ZUSAMMENHANG MIT ICSI²

000.00 Chromosomenanalyse

[Z31.4: Untersuchung und Test im Zusammenhang mit Fertilisation; zusätzlich ICD-10 Code Partnerin: N97, N97.4: Sterilität der Frau im Zusammenhang mit Faktoren des Partners]

² Hinweis für gesetzlich versicherte Patienten:

Für eine Chromosomenanalyse, die im Zusammenhang mit einer ICSI veranlasst wird, übernimmt nach §27a Absatz 3 SGB V die gesetzliche Krankenkasse des Ehemanns 50 % der Kosten, der Versicherte erhält eine Rechnung über Euro 96,88.

Hiermit bestätige ich, dass ein genehmigter Behandlungsplan gemäß § 27a SGB V (Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung) der Krankenkasse vorliegt und ich über die Eigenleistung in Höhe von Euro 96,88 aufgeklärt wurde.

Unterschrift Patient: _____

RISIKOPRÄZISIERUNG IM RAHMEN DER FAMILIENPLANUNG ODER SCHWANGERSCHAFT *

000.00 Anlageträgerschaft für Cystische Fibrose (Mukoviszidose, Carrier-Frequenz ca. 1:28 in Nordeuropa) *

000.00 Anlageträgerschaft für SMA (Spinale Muskelatrophie, Carrier-Frequenz ca. 1:50 in Deutschland) *

164.03 Carrier-Screening beider Partner (Testung auf gemeinsame Anlageträgerschaften, Analyse von über 600 Genen, inkl. Anlageträgerschaft für Cystische Fibrose und SMA) *

GENETISCHE UNTERSUCHUNG NACH FEHLGEBURT

FEHLGEBURT [N96: Neigung zu habituellem Abort]

000.00 Konventionelle Chromosomenanalyse aus Fehlgeburtsgewebe

000.00 Microarray-Analyse aus Fehlgeburtsgewebe **

812.00 Rezidivierende Molenschwangerschaft | *F10, KHDC3L, MEI1, NLRP7, PADI6, REC114, TOP6BL*

000.00 Kontaminationsausschluss **

PRÄIMPLANTATIONS-DIAGNOSTIK

Über Möglichkeiten einer Präimplantationsdiagnostik im MGZ, dem vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege am 01.07.2015 die Zulassung als Zentrum für Präimplantationsdiagnostik (PID-Zentrum) erteilt wurde, informieren Sie sich bitte hier: www.pid-zentrum.de/home.html

NGS-Panels unterliegen sehr hohen, international anerkannten Qualitätsstandards gemäß der S1-Letlinie NGS-Diagnostik (weitere Informationen und aktuelle Gen-Zusammenstellung der Panels www.mgz-muenchen.de). Der Auftrag umfasst bei Genanalysen eine Sequenzierung und ggfs. eine Deletions bzw. Duplikationsanalyse. Gerne steht Ihnen unser fachärztliches Team für eine Rücksprache im individuellen Fall zur Verfügung; Telefon 089 / 30 90 886 - 0.

* Selbstzahlerleistungen, Veranlassung nur nach genetischer Beratung möglich, bitte Kostenübernahmeerklärung ausfüllen

** Selbstzahlerleistung, bitte Kostenübernahmeerklärung ausfüllen