

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



MGZ
Medizinisch
Genetisches
Zentrum

Prof. Dr. med. Dipl.-Chem.
Elke Holinski-Feder
PD Dr. med. Angela Abicht
Fachärztinnen für Humangenetik, MVZ

Bayerstraße 3 - 5
D-80335 München

Tel. +49 89 30 90 886 - 0
Fax +49 89 30 90 886 - 66
info@mgz-muenchen.de

Alle Formulare finden Sie unter
www.mgz-muenchen.de



Durch die DAKKS nach DIN EN ISO 15189 akkreditiertes Labor. Die Akkreditierung gilt für den in der Urkundenanlage D-ML-13242-01-00 festgelegten Umfang, davon ausgenommen sind die mit ° gekennzeichneten Analysen.

ANFORDERUNGSFORMULAR – PRÄNATALE DIAGNOSTIK

ANGABEN ZUM EINSENDER

Ansprechpartner für Rückfragen und Befundübermittlung:

Arztname, ggf. Station Telefon Telefax
Befundübermittlung bitte auch an: eilige Befundmitteilung per Fax an:

Arztname, Anschrift Faxnummer

ANGABEN ZUR PROBE Probenanmeldung/Logistik: Tel. 089 / 30 90 886 - 150 oder per Fax 089 / 30 90 886 - 151

Abnahmedatum Chorionzotten Nabelschnur-Blut Abortmaterial
 Fruchtwasser DNA, extrahiert aus: _____
 Uhrzeit EDTA-Blut: Mutter (Trio-Analyse NGS/Kontaminationstest) Vater (Trio-Analyse NGS)
 Sonstiges Material: _____

ANGABEN ZUM KOSTENTRÄGER * Humangenetische Analysen aus EBM Kapitel 11 belasten **nicht** den Wirtschaftlichkeitsbonus oder das Laborbudget.

gesetzlich versichert, ambulant – Überweisungsschein Muster 10 * Selbstzahler
 privat versichert, ambulant *Die pränatale Array-Diagnostik (Kosten € 915,28) ist eine Selbstzahler-Leistung. Bitte Kostenübernahmeerklärung auf der Rückseite beachten.*
 privat versichert, stationär Rechnung an Klinik

ANGABEN ZUR SCHWANGERSCHAFT

Patientin im Medizinisch Genetischen Zentrum bekannt: Ja Nein Nein, aber Angehöriger (bitte Angabe des Namens oder der MGZ ID und des Verwandtschaftsverhältnisses): _____
 Schwangerschaftswoche laut Ultraschall: [] + []
 rechnerisch: [] + [] letzte Regel: [] [] [] [] [] []
 Anzahl der Feten: [] Geschlecht des Feten (falls bekannt): weiblich männlich Geschlechtsangabe gewünscht: Ja Nein

INDIKATION Unser fachärztliches Team steht Ihnen bei Fragen konsiliarisch zur Verfügung: 089 / 30 90 886 - 0

Auffälligkeit in vorangegangener Schwangerschaft oder genetisch bedingte Erkrankung in der Familie: _____
 Sonografische Auffälligkeiten / Medizinische Notwendigkeit: _____
 Auffälliger Ersttrimester-Test (bitte Befund beilegen) Auffälliger Nicht-Invasiver Pränataltest (NIPT) (bitte Befund beilegen)
 Mütterliches Alter Psychische Belastung

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 _____

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

BIOCHEMISCHE LABORDIAGNOSTIK AUS FRUCHTWASSER

 000.00 Alpha-Fetoprotein (AFP) **

 000.00 Acetylcholinesterase (ACHE) **

ZYTOGENETIK / MOLEKULARE ZYTOGENETIK

 000.00 Karyotypisierung (CVS / Fruchtwasser / Nabelschnurblut)

 000.00 Pränataler FISH-Schnelltest (Chromosomen 13, 18, 21, X und Y)*

 000.00 Karyotypisierung, Fehlgeburtsgewebe

 000.00 Microarray (hochauflösende molekulare Chromosomenanalyse), pränatal*

PRÄNATALE DIAGNOSTIK

BECKWITH WIEDEMANN SYNDROM

 000.00 Beckwith-Wiedemann-Syndrom, BWS | Methylisierungstest 11p15

TMEM43, TNNI2, TNNT1, TNNT3, TOR1A, TPM2, TPM3, TRIM32, TRIP4, TRPV4, TSEN2, TSEN34, TSEN54, TTN, TUBB2A, TUBB2B, UBA1, VIPAS39, VMA21, VPS33B, ZBTB42, ZC4H2, ZMPSTE24

HIRNFEHLBILDUNGEN

 000.00 Microarray (hochauflösende molekulare Chromosomenanalyse), pränatal*

 136.03 Gyrierungsstörungen | ACTB, ACTG1, ADGRG1, AKT1, AKT3, ARID1B, ARX, CDK5, COL4A1, COL4A2, DCX, GPSM2, KATNB1, KIF1BP, KIF2A, KIF5C, LAMB1, MTOR, NDE1, NSDHL, OCLN, PAFAH1B1, PIK3CA, PIK3R2, RELN, SRPX2, TUBA1A, TUBA8, TUBB, TUBB2B, TUBB3, TUBG1, VLDLR, WDR62

 139.02 Holoprosenzephalie | CDON, DISP1, DLL1, FGF8, FOXH1, GLI2, NODAL, PTCH1, SHH, SIX3, TDGF1, TGIF1, ZIC2

 111.05 Corpus Callosum Agenesie, isoliert oder Syndrom-assoziiert | DxOme Phänotyp-basierte Auswertung

 111.05 Mikrozephalie/Migrationsstörung | DxOme Phänotyp-basierte Auswertung

AUGENERKRANKUNGEN

 119.01 Mikrophthalmie-Anophthalmie-Kolobom-Komplex (MAC) | ABCB6, ACTB, ACTG1, ALDH1A3, ATOH7, BCOR, BMP4, BMP7, C12ORF57, CHD7, CRYBA4, CYP1B1, ERCC1, ERCC2, ERCC5, ERCC6, FOXL2, FRAS1, FREM2, FZD4, GDF3, GDF6, GJA1, GRIP1, HCCS, HESX1, HMX1, MAB21L2, MFRP, NDP, NDUFB11, OCRL, OTX2, PAX2, PAX6, PRSS56, PDXN, RAB18, RAB3GAP1, RAB3GAP2, RARB, RAX, SALL2, SHH, SIX3, SIX6, SMOG1, SOX2, STRA6, TBC1D20, TENM3, TFA-P2A, TGIF1, TMEM98, VAX1, VPS13B, VSX2, ZIC2

HYDROPS FETALIS

 000.00 Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

 000.00 Microarray (hochauflösende molekulare Chromosomenanalyse), pränatal*

 159.01 Noonan-Syndrom | PTPN11

 285.02 Noonan-Syndrom, weitere Gene | BRAF, KRAS, PTPN11, RAF1, RIT1, SOS1, SPRED1

 160.02 Rasopathien | A2ML1, BRAF, CBL, HRAS, KRAS, LZTR1, MAP2K1, MAP2K2, MRAS, NF1, NRAS, PPP1CB, PTPN11, RAF1, RASA2, RIT1, RRAS, SHOC2, SOS1, SOS2, SPRED1

HERZFEHLER

 000.00 Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

 000.00 Microarray (hochauflösende molekulare Chromosomenanalyse), pränatal*

 185.00 Angeborene Herzfehler, Syndrom-assoziiert | A2ML1, ACTC1, BMPR2, CBL, CFC1, CHD7, CITED2, CRELD1, DNAH11, ELN, FBN1, FOXH1, GATA4, GATA5, GATA6, GDF1, GJA1, JAG1, KDM6A, KMT2D, KRAS, MED13L, MYH6, NKX2-5, NKX2-6, NODAL, NOTCH1, NOTCH2, NR2F2, NRAS, PTPN11, RAF1, RASA2, RIT1, RRAS, SHOC2, SMAD6, SOS1, TAB2, TBX1, TBX20, TBX5, TGFBF1, TGFBF2, TLL1, ZEB2, ZFPM2

FETALE HERZRHYTHMUSSTÖRUNGEN

 181.01 Arrhythmogene Erkrankungen | AKAP9, ANK2, CACNA1C, CACNA2D1, CACNB2, CALM1, CALM2, CASQ2, CAV3, DES, DSC2, DSG2, DSP, GPD1L, HCN4, JUP, KCND3, KCNE1, KCNE2, KCNE3, KCNE5, KCNH2, KCNJ2, KCNJ5, KCNJ8, KCNQ1, PKP2, RANGRF, RYR2, SCN10A, SCN1B, SCN2B, SCN3B, SCN4B, SCN5A, SLMAP, SNTA1, TGFB3, TMEM43, TRDN, TRPM4

MULTIPLE ORGANFEHLBILDUNGEN

 000.00 Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

 000.00 Microarray (hochauflösende molekulare Chromosomenanalyse), pränatal*

 111.05 DxOme® | Phänotyp-basierte Auswertung

ISOLIERTE UND KOMBINIERTE ORGANFEHLBILDUNG

 000.00 Microarray (hochauflösende molekulare Chromosomenanalyse), pränatal*

 000.00 Beckwith-Wiedemann-Syndrom, BWS | Methylisierungstest 11p15

 111.05 DxOme® | Phänotyp-basierte Auswertung

KOMPLEXE PHÄNOTYPEN

 111.05 DxOme®

 112.08 Exome

 112.08 Trio-Exome

Wir empfehlen bei Zusendung einer fetalen Probe zur NGS-Untersuchung ebenfalls EDTA-Blut der Eltern mitzusenden.



KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

Die pränatale Array-Diagnostik ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen, sondern eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL), die privatärztlich liquidiert wird.

Der pränatale Schnelltest ist bei entsprechender Indikation eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Ohne entsprechende Indikation ist er keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen, sondern eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL), die privatärztlich liquidiert wird.

Ich wünsche die Durchführung der folgenden humangenetischen Untersuchungen:


 Pränatale Array-Diagnostik: Kosten € 915,28 [3920 (1x), 3922 (1x), 46x3924 (1x), 85 (1x)]

 Pränataler Schnelltest (FISH): Kosten € 147,47 [5x3924 (1,15x), A4815 (2,3x)] (Sofern keine entsprechende Indikation vorliegt)

Ich wurde vom veranlassenden Arzt über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung und dessen Begrenzung auf die notwendige Krankenbehandlung unterrichtet. Mir ist bekannt, dass die Leistungen der GKV ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Das MGZ hat mich darüber informiert, dass die o.g. Untersuchung nicht Bestandteil des GKV-Kataloges, aber gleichwohl medizinisch möglich und sinnvoll ist. Über Möglichkeiten, meine Krankheit zu Lasten meiner Krankenkasse zu diagnostizieren und zu behandeln, wurde ich informiert.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich meine gesetzliche Krankenversicherung nicht, auch nicht teilweise, an den Kosten der Untersuchung beteiligen wird und ich die Rechnung daher selbst in vollem Umfang zu begleichen habe.

Ort, Datum


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

Ich bin an einer Finanzierung / Ratenzahlung (25 % Anzahlung, 6 Monatsraten, keine Finanzierungskosten) über die ARCO Verrechnungssysteme GmbH interessiert. Bitte senden Sie mir hierzu die entsprechenden Unterlagen.

Material: EDTA-Blut HEPARIN-Blut Sonstiges

* Selbstzahler-Leistung: Bitte Kostenübernahmeerklärung unterschreiben!

** Diagnostik durchgeführt in kooperierendem Labor

Seite 2