

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

HNO



**Medizinisch
Genetisches
Zentrum**

Prof. Dr. med. Dipl.-Chem.
Elke Holinski-Feder
Prof. Dr. med. Angela Abicht
Dr. med. Teresa Neuhann

Partnerschaft von Fachärztinnen
für Humangenetik mbB, 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 Akkre-
dittierung gilt für den in der Urkunden-
anlage D-ML-13242-01-00 festgelegten
Umfang, davon ausgenommen sind die
mit * gekennzeichneten Analysen.

ANFORDERUNGSFORMULAR – HNO / PÄDAUDIOLOGIE

EILT

ANGABEN ZUM EINSENDER UND BEFUNDEMPFÄNGER

Eine Befundübermittlung kann gemäß Gendiagnostikgesetz nur an den veranlassenden Arzt erfolgen. Eine Wei-
tergabe des Befundes an Dritte ist mit Einwilligung des Patienten nur durch den veranlassenden Arzt möglich.

Arztname, ggf. Station Telefon Telefax

ANGABEN ZUR PROBE

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

ANGABEN ZUM KOSTENTRÄGER

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

gesetzlich versichert, ambulant – Überweisungsschein Muster 10 * Rechnung an Klinik privat versichert, stationär
 §116b Ambulanz Selbstzahler privat versichert, ambulant

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 SSW _____
 pränatale Analyse: Nein Ja
 Patient erkrankt: Nein Ja Alter bei Erstdiagnose: _____
 Genetische Vorbefunde (Patient): Nein Ja Auffälliges Hörscreening: Nein Ja
 Genetische Vorbefunde (Angehöriger): Nein Ja Auffällige Bildgebung: Nein Ja
 Angehörige(r) erkrankt: Nein Ja Psychosomatische Entwicklung altersentsprechend: Nein Ja

UNTERSUCHUNGSauftrag / INDIKATION **Vorbefunde bitte angeben/beilegen

Weitere Angaben zum Patienten und zu Vorbefunden können Sie auf Seite 2 ergänzen.

Anamnese/klinische Fragestellung**:

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, verarbeitet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden.

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)

Alle NGS-Panels unterliegen sehr hohen, international anerkannten Qualitätsstandards gemäß der S1-Leitlinie NGS-Diagnostik (weitere Informationen und aktuelle Gen-Zusammenstellung der Panel s. www.mgz-muenchen.de). Der Auftrag umfasst bei Genanalysen eine Sequenzierung und ggfs. eine Deletions- bzw. Duplikationsanalyse. Auch eine individuelle Auswahl von Genen zur parallelen Analyse ist beauftragbar°. Gerne steht Ihnen unser fachärztliches Team für eine Rücksprache im individuellen Fall zur Verfügung: Telefon 089 / 30 90 886 - 0.

HÖRMINDERUNG, TAUBHEIT UND DIFFERENTIALDIAGNOSEN

- 000.00 Angeborene Schwerhörigkeit | Stufendiagnostik
 - 000.00 Stufe 1: GJB2
 - 912.01 Stufe 2: Hörminderung, Taubheit – Gesamtpanel inkl. syndromaler Differentialdiagnosen | 114 Gene
 - 913.00 Postlinguale Hörminderung | 49 Gene

Verdachtsdiagnose

- 203.00 Alport-Syndrom / Syndrom der dünnen Basalmembran | 4 Gene
- 769.00 Usher Syndrom | 15 Gene

KRANIOFAZIALE FEHLBILDUNGEN

- 000.00 Karyotypisierung (konventionelle Chromosomenanalyse)
- 000.00 Microarray (hochauflösende molekulare Chromosomenanalyse)

Hinweis: Bei gesetzlich versicherten Patienten ist vor der hochauflösenden Chromosomenanalyse eine konventionelle Chromosomenanalyse obligatorisch, wir bitten daher um folgende Angabe:

 - eine konventionelle Chromosomenanalyse ist bereits erfolgt
 - eine konventionelle Chromosomenanalyse soll durchgeführt werden
- 916.00 Choanalatresie | CHD7, CTNND1, EFTUD2, FAM20C, FGFR2, FGFR3, FOXE1, SPINT2, TXNL4A, USP9X
- 917.00 Faziale Dysostose | 15 Gene
- 204.01 Branchio-Oto-/Renales-/Okulo-Faziales Syndrom (BOR/BOS/BOFS) | EYA1, SIX1, SIX5, TFAP2A
- 275.01 Kraniosynostosen | 22 Gene

- 914.00 Lippen-Kiefer-Gaumenspalte | 25 Gene
- 000.00 DiGeorge Syndrom | Mikrodeletion 22q11.2
- 169.00 Stickler-Syndrom – Basisdiagnostik | COL11A1, COL11A2, COL2A1
- 915.00 Ohrfehlbildungen | 39 Gene

- 165.09 Exom
- 000.00 Exom-Trio

Ggf. in der Exomdiagnostik zu priorisierende Verdachtsdiagnose / Gene / Genpanel:

ZÄHNE

Zahnanlagestörungen (Zahnagenesie, Oligodontie)

- 786.00 Zahnagenesie, Oligodontie | AXIN2, EDA, EDAR, EDARADD, IRF6, LPR6, LTBP3, MSX1, PAX9, WNT10A

Zahnstrukturanomalien

- 787.00 Amelogenesis imperfecta (AI) | AMBN, AMELX, COL17A1, DLX3, ENAM, FAM20A, FAM83H, LAMB3, MMP20, WDR72
- 788.00 Dentinogenesis imperfecta (DI) | COL1A1, COL1A2, DSPP
- 789.00 Zahnstrukturanomalien – Gesamtpanel | AMBN, AMELX, COL17A1, DLX3, DSPP, ENAM, FAM20A, FAM83H, LAMB3, MMP20, WDR72

GEFÄSS- UND BINDEGEWEBESERKRANKUNGEN

- 000.00 Hereditäre hämorrhagische Teleangiektasie / M. Osler | ACVRL1, ECVRL1, ENG, SMAD4

TUMORPRÄDISPOSITIONSSYNDROME

- 806.00 Basalzell-Naevus-Syndrom / Gorlin-Syndrom | PTCH1, SUFU, PTCH2
- 705.00 Malignes Melanom | ACD, APC, ATM, BAP1, BRCA2, CDK4, CDKN2A, MC1R, MITF, POT1, PTEN, RB1, TERF2IP, TERT, TP53

WEITERE ANGABEN ZUM PATIENTEN UND VORBEFUNDE

**Vorbefunde bitte angeben/beilegen

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

Hauptbefund / Leitsymptom **: _____

Auffällige Befunde weiterer Fachrichtungen **: _____
