

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK, gültig bis	Datum

Labor Lademannbogen

Humangenetik

Professor Rüdiger Arndt Haus

Lademannbogen 61-63 22339 Hamburg

Telefon 040 / 53805-800 - Telefax 040 / 53805-821

www.labor-lademannbogen.de Transportservice Telefon 040 / 53805 408

- Praxisstempel -

Postnataldiagnostik: Zytogenetische/Molekulargenetische Untersuchungen

Probenmaterial für zytogenetische Untersuchungen

- Heparin-Blut: 2 – 5 ml (Chromosomenanalyse ggf. FISH-Untersuchung)
- Mundschleimhautzellen (FISH-Untersuchung)
In Abstrich-Tupfer mit Medium versenden (Material: 040 / 53805 139)
- Abortgewebe: (Chorionzotten bevorzugt)
Die Materialentnahme (Chorionzotte, Nabelschnur, Achillessehne) muss steril erfolgen. Bitte Untersuchungsmaterial in einem auslaufsicheren kleinen Behälter mit steriler Kochsalzlösung und Heparin (ca. 0,1 ml/10 ml Kochsalzlösung) zusenden.

Probenmaterial für molekulargenetische Untersuchungen (inkl. Array-CGH*, siehe auch Anforderungsschein Humangenetik)

- EDTA-Blut: 2 ml

Abnahmedatum

Indikation für die Diagnostik

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> V. a. Klinefelter Syndrom | <input type="checkbox"/> V. a. Mikrodeletions-Syndrom (welches?) |
| <input type="checkbox"/> V. a. Turner Syndrom | <input type="checkbox"/> Familiäre Chromosomenstrukturaberration (welche?) |
| <input type="checkbox"/> V. a. Syndrom bei mentaler Retardierung | <input type="checkbox"/> Wiederholte Fehlgeburten/Totgeburten |
| <input type="checkbox"/> Fertilitätsstörungen | <input type="checkbox"/> V. a. fragiles X Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Habituelle Aborte | <input type="checkbox"/> V. a. monogen bedingte Erkrankung (welche?) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Bemerkungen

Gewünschte Untersuchung

- Chromosomenanalyse
- FISH-Diagnostik (z.B. bei Mikrodeletions-Syndrome) bei V. a. (welches?)
- Array-CGH*
- QF-PCR-Schnelltest (Trisomie 13, 18 und 21)
- Molekulargenetische Diagnostik bei V. a.

Bei entsprechender Indikation werden die Kosten dieser Untersuchungen von den Krankenkassen übernommen und belasten nicht das Budget des einsendenden Arztes (Überweisungsschein mit Ausnahmeindikation 32010).

* Fremdlaborleistung

Labor Lademannbogen

Humangenetik

Professor Rüdiger Arndt Haus

Lademannbogen 61-63 22339 Hamburg

Telefon 040 / 53805-800 - Telefax 040 / 53805-821

www.labor-lademannbogen.de Transportservice Telefon 040 / 53805 408

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Einwilligung:

Ich habe eine ausführliche Aufklärung zu genetischen Untersuchungen erhalten und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu der geplanten genetischen Untersuchung sowie zu der dafür erforderlichen Probenentnahme (Blut-/Gewebeentnahme). Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass

- ich von meinem behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der unten genannten Untersuchung aufgeklärt wurde,
- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die unten genannte Untersuchung eingeräumt wurde,
- ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird,
- ich mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden bin.

Angabe der gewünschten Untersuchung(en)

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass durch das GenDG eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vorgeschrieben ist. Mit der Aufbewahrung des Probenmaterials zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführender genetischer Untersuchung zur Diagnosefindung bin ich einverstanden.

Mit der Aufbewahrung des Probenmaterials für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke bin ich einverstanden.

Mit der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an meine(n) mit behandelnde(n) Ärztin/Arzt bin ich einverstanden.

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor bin ich einverstanden.

Verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Untersuchung durchgeführt hat.

(Nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ort/Datum

(Unterschrift der(s) anwesende(n) Ärztin/Arztes)

(Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter)