



# Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion   

Behandlung gemäß eingeschränkter Leistungsanspruch

§ 116b SGB V     gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers    Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum    Abnahmezeit

T T M M J J    h h m m

**Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an**    Telefon Nr. \_\_\_\_\_    Fax Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2019)

## Gültig nur mit ausgefüllter und unterschriebener Einwilligungserklärung auf der Rückseite!

**Privatpatient** (Rechnung an Patienten, Kostenübernahme-Erklärung erforderlich!)

**Privatpatient** (Rechnung an Einsender)

**Stationärer Patient** (Rechnung an Kostenstelle)

**ambulante Versorgung** (Überweisung mitsenden)

**Medicover Humangenetik Berlin-Lichtenberg MVZ**  
 Plauerer Straße 163-165  
 13053 Berlin

**Kostenloser Probentransport unter:**  
 Telefon: 030 92090727  
 Mobil: 0173 5280106  
 Fax: 030 92090741



## Anforderungsschein Pränataldiagnostik

### Angaben zur Patientin

SSW nach Ultraschall  +     SSW errechnet  +     Vorangegangene Geburten     Anzahl Fehlgeburten

Einlingsschwangerschaft     Mehrlingsschwangerschaft (Anzahl der Feten)

### Angaben zur Probe

Abnahme / Punktionsdatum T T M M J J

Fruchtwasser     Chorionzotten     Nabelschnur-Blut     EDTA-Blut Mutter (Kontaminationskontrolle)

### Indikation

Auffälligkeit im Ultraschall     Erhöhte Nackentransparenz     Auffälliges Os nasale

Mütterliches Alter     Auffällige Biochemie     Besondere Beunruhigung

Auffälliges NIPT-Ergebnis     Hydrops fetalis     Andere Indikation \_\_\_\_\_

### Genetische Diagnostik

Chromosomenanalyse     Molekulargenetische Analyse (spezifizieren):  AFP-Bestimmung ggf. ACHE

Schnell FISH     Einzelgen-Diagnostik \_\_\_\_\_  Geschlechtsangabe nicht erwünscht

Sonstige FISH: \_\_\_\_\_  Panel-Diagnostik \_\_\_\_\_

Array-CGH (IGeL-Privatleistung)     Exom-Analyse \_\_\_\_\_



0069023000

Weitere Informationen und Unterschriften: bitte wenden!

RIECO Orgaform Altenburg GmbH © 03447 8519-0 09/19 FA003MED V01

## Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Die Regelungen des GenDG sehen für genetische Untersuchungen eine **ausführliche Aufklärung** und eine **schriftliche Einwilligung** vor, zudem vor prädiktiven (bei Gesunden) und vorgeburtlichen Analysen zusätzlich eine **genetische Beratung**.

Bitte nehmen Sie nachfolgend Streichungen vor, falls Sie einzelnen Punkten nicht zustimmen.

### Hiermit erkläre ich, dass ich

- von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der humangenetischen Untersuchung aufgeklärt wurde,
- jederzeit ausreichend Gelegenheit hatte, offene Fragen zu stellen und erschöpfende sowie verständliche Antworten darauf zu erhalten,
- mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial (Blut, Gewebe, bei Pränataldiagnostik Chorionzotten bzw. Fruchtwasser und Nabelschnurblut) einverstanden bin, und
- mit der Durchführung der **genetischen Untersuchung** zur Klärung der in Frage stehenden **Indikation/Diagnose/Verdacht**

\_\_\_\_\_ einverstanden bin.

### Weiter erkläre ich hiermit meine Einwilligung

- zur Auswertung zusätzlicher Gene der gleichen Indikationsgruppe im Rahmen der Forschung,
- zur Aufbewahrung des verbleibenden Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung, erhebe jedoch keinen Anspruch auf Aufbewahrung,
- mein Probenmaterial und ggf. die DNA-Sequenzinformation anonymisiert für die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen zur Verfügung zu stellen,
- zur Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Publikationen,
- zur Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von 10 Jahren hinaus, erhebe jedoch keinen Anspruch darauf,
- zur Weiterleitung des Untersuchungsauftrags oder Teilen davon – falls erforderlich – an ein medizinisches Kooperationslabor,
- zur Weiterleitung der Befunde der Untersuchung(en) auch an weitere, nachfolgend benannte Ärzte:

Dr. (s.) med.

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ PLZ / Ort

\_\_\_\_\_ Straße

### Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass

- ich die Analyse jederzeit stoppen und die Vernichtung der bis dahin erzielten Ergebnisse verlangen kann,
- ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann,
- ich die bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs entstandenen Kosten in vollem Umfang übernehme,
- ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (**Recht auf Nichtwissen**),
- die genetische Untersuchung und Begutachtung sich nur auf die angeforderte Indikation bezieht und keine Aussagen über andere Erkrankungen getroffen werden,
- bei **Duo/Trio/Quattro-Analysen** (große Panels, Exome, Genome) die Analyseergebnisse **nicht Betroffener** nur zur Validierung von Varianten des Indexpatienten dienen,
- in seltenen Fällen klinisch relevante **Zusatzbefunde** auftreten können, die nicht in Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, jedoch für mich und/oder meine Familienangehörigen eine Behandlungskonsequenz haben. Ich erhebe keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von Zusatzbefunden.

**WICHTIG:**  Ja, ich wünsche die Mitteilung von Zusatzbefunden mit therapeutischer oder prophylaktischer Relevanz, die zufällig oder im Rahmen der Forschung gefunden wurden (keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in) oder gesetzlicher Vertreter

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift verantwortliche Ärztliche Person