



Begleitschein für eingesandte Proben

Einsender
verantwortliche/r Ärztin/Arzt (Stempel):

betreuende/r Ärztin/Arzt:

Name: _____
 Straße: _____
 Postleitzahl und Ort: _____

Patient weiblich / männlich

Nachname: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Anschrift
 Straße: _____
 Postleitzahl und Ort: _____

Kostenträger:
 gesetzlich versichert (Überweisungsschein Muster 10)
 privat versichert Selbstzahler (IGeL)
 Rechnung an Klinik

Indikation:

ggf. Schwangerschaftswoche:

Bitte erläutern Sie die Fragestellung (Indikationsstellung) und teilen Sie Voruntersuchungen und Befunde mit. Kennzeichnen Sie bitte auf der Rückseite die angeforderten Untersuchungen!

Aufklärung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung

Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung (ggf. in einem externen Speziallabor)

_____ wurde ich hinreichend informiert und aufgeklärt.

Die gewonnene Probe wird nach Abschluss der Diagnostik vernichtet (Gendiagnostikgesetz § 13).

Frau/Herr Dr. _____ hat meine Fragen ausführlich beantwortet, ich habe keine weiteren Fragen.

Unterschrift
verantwortliche/r Ärztin/Arzt

Datum:

Unterschrift der Patientin/des Patienten/Erziehungsberechtigten

Einwilligung der Patientin/des Patienten

Ich hatte nach der Aufklärung eine angemessene Bedenkzeit. Ich willige in die oben genannten Untersuchungen ein. Über den Umfang der genetischen Untersuchung bin ich unterrichtet und stimme zu. Bei unauffälligen Befunden verzichte ich auf eine erneute genetische Beratung. ja nein Ich habe das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Ich habe keine weiteren Fragen. Als Privatversicherter oder Selbstzahler erhalte ich eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die von mir beglichen wird.

Ich verzichte auf eine Kopie dieser Einwilligungserklärung. ja nein

Über die Ergebnisse sollen folgende Personen einen schriftlichen Befund erhalten: ich selbst ja nein

Frauenärztin/-arzt: _____

Kinderärztin/-arzt: _____

Hausärztin/-arzt: _____

Datum:

Unterschrift der Patientin/des Patienten/Erziehungsberechtigten



Patient

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Art der Probe:

- Pränatal:** Chorion- / Plazentazotten Fruchtwasser
 fetales EDTA-Blut fetale DNA
- Postnatal:** EDTA-Blut DNA Wangenschleimhaut

Indikation: _____

Eine komplette Liste von über 3000 Genen, die bei uns im Labor untersucht werden können, finden Sie unter <https://praenatal-medizin.de/diagnostik/genetik/parameterliste>. Die hier exemplarisch aufgeführten Gene sind nur ein Auszug aus der Parameterliste.

zu untersuchendes Gen / Gene: _____

zu untersuchendes Panel: _____

Multi-Gen-Panel-Analyse Pränatal*

- Hirnfehlbildungen
- Balkenagenesie (Agenesie des Corpus callosum)
- Mikrozephalie
- Makrozephalie

- Fetale Herzrhythmusstörungen (Arrhythmien)
- Heterotaxie
- Strukturelle Herzfehler

- Skelettdysplasie
- Extremitäten Fehlbildung
- Fetale Akinesie

- Nierenerkrankungen
- Ciliopathien

- Noonan-Syndrom
- Rasopathien
- Hydrops fetalis
- Lymphödem

- Intrauterine Wachstumsretardierung (IUWR)
- VACTERL Assoziation

- weitere organspezifische Panels (NGS)

- klinisches Exom
- Trio-Exom-Analyse

Multi-Gen-Panel-Analyse im Kindesalter – Postnatal*

- Amelogenesis Imperfecta
- Adipositas (morbid)
- Autismus-Spektrum-Störungen
- Bindegewebsschwäche
- Cholestase
- Epilepsien
- Floppy Infant Syndrom
- Großwuchs-Syndrome
- Hypercholesterinämie
- Hyper-IgE-Syndrom
- Hypophosphatämie
- Hypopituitarismus
- Hypothyreose (kongenitale)
- Kardiomyopathien
- Kleinwuchs
- Leukodystrophien
- Nephrotisches Syndrom
- Neuromuskuläre Erkrankungen
- Pankreatitis (hereditäre)
- Parkinson (early onset)
- Periodische Fiebersyndrome
- Porphyrrie
- Schlaganfall (early onset)
- Spastische Paraplegien (SPG)
- Thrombozytose
- Noonan-Syndrom
- ...

Monogene Erkrankungen

- Cystische Fibrose (CFTR)
- Herkunftsland (Ethnie): _____
- Spinale Muskelatrophie (SMN1)
 - Muskeldystrophie Duchenne / Becker (DMD)
 - Fragiles X-Syndrom (FMR1)
 - Adrenogenitales Syndrom (AGS)
 - β -Thalassämie / Sichelzellanämie (HBB)
 - Gehörlosigkeit / Taubheit (GJB2 / GJB6)
 - ...

Sterilität / Infertilität

- Bilaterale Aplasie Vas deferens (CFTR)
- Y-chromosomale Mikrodeletionen (Azoospermiefaktoren, AZF)
- Primäre/vorzeitige Ovarialinsuffizienz POF (FMR1 / BMP15 / FSHR)

Thrombophilie

- Prothrombin
- Faktor-V Leiden
- MTHFR
- Protein S-Mangel (PROS)
- Protein C-Defizienz (PROC)
- Antithrombin-III-Mangel (SERPINC1)

Sollte das gesuchte Gen nicht in der Parameterliste enthalten sein, zögern Sie nicht, sich mit uns in Verbindung zu setzen.
 Telefon +49 89 1307440 oder info@praenatal-medizin.de

* Eine aktuelle Liste der jeweils im Panel enthaltenen Gene finden Sie unter <https://praenatal-medizin.de/diagnostik/genetik/ngs-panel-diagnostik>.

Array-CGH

- vergleichende genomische Hybridisierung

Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung

- Chromosomen 21/18/13/X/Y
- andere Chromosomen:
- Mikrodeletion:

Hereditäre Tumorerkrankungen

- Brust- / Eierstockkrebs (BRCA1 / BRCA2)
- Brust- / Eierstockkrebs (RAD51C / CHECK2 und weitere Gene)
- Hereditäres nicht-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC-Diagnostik)
- NGS Tumor Panel (94 Gene)

Heterozygoten Screening / Konsanguinität

Next Generation Sequencing (NGS)

Kingsmore Inherited Disease Panel:
 552 Gene assoziiert mit 448 schweren rezessiven Erbkrankheiten bei Kindern