



# 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!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

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

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J    h h m m

SSW

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

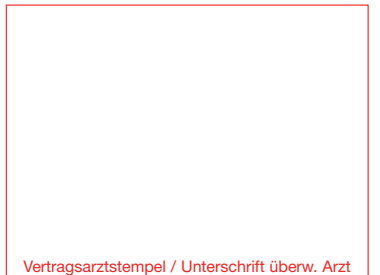
Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befund eilt, Übermittlung an  Telefon  Fax Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2020)

## 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 Reproduktionsmedizin (Infertilität / habituelle Aborte / Polkörperdiagnostik)

### Angaben zum Patienten

Ethnische Herkunft \_\_\_\_\_

### Angaben zur Probe

Abnahmedatum T T M M J J     EDTA-Blut     Heparin-Blut     Sonstiges \_\_\_\_\_

### Anamnese / Indikation

\_\_\_\_\_

### Genetische Diagnostik

<b>Frau</b>	<input type="checkbox"/> MTHFR	<b>Mann</b>	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse	<input type="checkbox"/> PAI-1	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse	<input type="checkbox"/> Männliche Inferilität
<input type="checkbox"/> Faktor II Prothrombin	<input type="checkbox"/> CFTR	<input type="checkbox"/> AZF-Mikrodeletion Y-Chrom.	<input type="checkbox"/> Hypogonadotroper Hypogonadismus
<input type="checkbox"/> Faktor V Leiden	<input type="checkbox"/> Subtelomeranalyse (IGeL)	<input type="checkbox"/> CFTR incl. 5-T Var. bei CBAVD	<input type="checkbox"/> Prämatüre ovarielle Insuffizienz
<input type="checkbox"/> FMR1 Prämatüre ovarielle Insuff.		<input type="checkbox"/> Subtelomeranalyse (IGeL)	<input type="checkbox"/> Adrenogenitales Syndrom

### Polkörperdiagnostik (IGeL-Privatleistung) → Vorherige Rücksprache mit dem Labor erforderlich!

### Anamnese / Indikation

Aneuploidiescreening

Bekannte maternale Translokation (Angabe des Karyotyps) \_\_\_\_\_

### Angaben zur Probe

Polkörper 1 und 2 getrennt    Anzahl       Punktionsdatum T T M M J J    Zeitpunkt ICSI h h m m

Polkörper 1 und 2 gepoolt    Anzahl       Zeitpunkt Entnahme PK1 h h m m    Zeitpunkt Entnahme PK2 h h m m



0069023100

## Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Die Regelungen des GenDG sehen für genetische Untersuchungen eine **ausführliche Aufklärung** und eine **schriftliche Einwilligung** vor, zudem vor prädiagnostischen (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

 Unterschrift Patient(in) oder gesetzlicher Vertreter

 Unterschrift verantwortliche Ärztliche Person