



Name, Vorname und Adresse des Versicherten

geb. am

☐

Kurativ

☐

Präventiv

☐bei belegärztl.
Behandlung☐Unfall,
Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors



ggf. Kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung
bekannte InfektionBehandlung
gemäß☐ § 116b
SGB VEingeschränkter
Leistungsanspruch☐ gemäß § 16
Abs. 3a SGB V☐ Empfängnisregelung, Sterilisation,
Schwangerschaftsabbruch

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum

Abnahmezeit

☐ Befundübermittlung
eilt, nachrichtlich anTelefon-
Nr.Email, Fax-
Nr.

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überweisender Arzt

Muster 10 (10.2014)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) bin ich mit den genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderungen bzw. zur Klärung der o.g. klinischen Fragestellung einverstanden.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse von mir erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftliche Verwendung finden.

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an einen spezialisierten Kooperationspartner.
- Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern.
- Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Nachprüfbarkeit der Ergebnisse.
- Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus.
- Verwendung von Untersuchungsmaterial in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke.

☐ nein☐ nein☐ nein☐ nein☐ nein

- Ich habe verstanden, dass ich über die Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache meiner Erkrankung angesehen werden. In seltenen Fällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, die aber nach aktuellem Wissensstand (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben. Über derartige Befunde möchte ich auch informiert werden.

☐ nein

Ich bin mit einer Befundübermittlung an meinen überweisenden Arzt und weitere aufgeführte Ärzte einverstanden.

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. für mein Kind und kann jederzeit ganz oder auch in Teilen widerrufen werden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Name, Vorname aufklärender Arzt

Ort, Datum

Unterschrift aufklärender Arzt

Unterschrift Patient(in) / gesetzlicher Vertreter(in)

Ich willige in die Übermittlung meiner Daten an meine Krankenkasse ein, um die Notwendigkeit einer genetischen Diagnostik ausführlich begründen zu können. (Siehe auch Erläuterungen auf der Rückseite.)

Unterschrift Patient(in) / gesetzlicher Vertreter(in)

☐ Ich möchte Informationen zur Selbstzahlerleistung (im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen).

Ausfüllhinweise

Da der allgemeine Laborüberweisungsschein nur bedingt für die Beauftragung molekulargenetischer Leistungen geeignet ist, gestatten Sie bitte einige zusätzliche Hinweise für das Ausfüllen.

- Die Angabe einer **Kennziffer** ist für genetische Untersuchungen nicht mehr erforderlich. Alle Untersuchungen liegen außerhalb des Labor-Budgets.
- Unter **Befund/Medikation** vermerken Sie bitte vor allem bereits vorhandene genetische Befunde und verwandtschaftliche Verhältnisse zu erkrankten, diagnostizierten oder verstorbenen Familienmitgliedern. Selbstverständlich sind auch andere Befunde willkommen. Sie können diese gern als Kopie in einer Anlage beifügen.
- Als **Untersuchungsmaterial** wird EDTA-Blut oder bereits präparierte DNA bevorzugt. Sollten Sie anderes Material einschicken, so vermerken Sie dies bitte.
- Neben dem **Geschlecht** kann auch die ethnische Herkunft für die Beurteilung des Befundes von Bedeutung sein.
- Wenn die **Befundübermittlung eilt**, so würden wir Sie bevorzugt über Email oder Fax informieren wollen.
- Für den **Auftrag** finden Sie unten Vorschläge, die von uns nach klinischen und technischen Gesichtspunkten zusammengestellt wurden. Selbstverständlich können Sie jederzeit eigene Vorschläge entwickeln und ggf. mit uns absprechen. Welche Gene bei einem Auftrag untersucht werden, erfahren Sie ständig aktualisiert im Internet unter moldiag.com. Die kursiv angegebenen Aufträge erfordern eine Beantragung (>25kb).
- Das GenDG erfordert die exakte Benennung von zusätzlichen Befundempfängern auf der Einverständniserklärung. Sollte niemand aufgeführt sein, so erhält nur der/die im **Vertragsarztstempel** genannte Arzt/Ärztin einen Befund.
- Zusätzlich zu einer Muster-10-Laborüberweisung können Sie selbstverständlich auch die ausführliche Laborüberweisung unseres Labors verwenden. Dies ist vor allem bei Selbstzahlern und Privatpatienten empfohlen.
- Der **Probenversand** ist unproblematisch. Er kann bei entsprechender Verpackung mit der Post direkt an uns erfolgen. Die Versandanschrift lautet:
Gemeinschaftspraxis f. Nephrologie und Stoffwechsel, A.-Schweitzer-Ring 32, 02943 Weißwasser. Sollten Sie Unterstützung bei der Beschaffung geeigneten Verpackungsmaterials benötigen, wenden Sie sich bitte direkt an uns **03576-215522**.

Auftragsvorschläge - Endokrinologie/Diabetes/Lipidologie

Multisystemstörungen

- ☐ Multiple endokrine Neoplasien (MEN1/2)
- ☐ Autoimmune Polyendokrinopathie
- ☐ GNAS-Komplexstörungen
- ☐ Globale Hypophysenfunktionsstörung
- ☐ Endokrine Hypertonieformen
- ☐ Nierenerkrankungen mit endokrinologischer Manifestation
- ☐ Störungen des Steroidhormonstoffwechsels (AGS)

Einzelsystemstörungen

- ☐ Phäochromozytom
- ☐ Erkrankungen der Schilddrüse
- ☐ Erkrankungen der Nebenschilddrüse
- ☐ Störungen des Phosphatstoffwechsels
- ☐ Diabetes insipidus
- ☐ Störungen des Vitamin D-Stoffwechsels

Wachstumstörungen

- ☐ Störungen der Wachstumshormonbildung/-wirkung
- ☐ Allgemeine Störungen des Größenwachstums
- ☐ Globale Hypophysenfunktionsstörung
- ☐ *Wachstumsverzögerung*

Störung des Renin-Aldosteron-Systems

- ☐ Hyperaldosteronismus
- ☐ Pseudohyperaldosteronismus (Liddle)
- ☐ Hypoaldosteronismus
- ☐ Pseudohypoaldosteronismus
- ☐ AME
- ☐ Komplexe Störung des Renin-Aldosteron-Systems

Störungen des Knochenstoffwechsels

- ☐ Erkrankungen der Nebenschilddrüse
- ☐ Störungen des Phosphatstoffwechsels
- ☐ Störungen des Vitamin D-Stoffwechsels
- ☐ Osteopetrose
- ☐ Osteoporose

Glucosestoffwechselstörungen

- ☐ Monogener Diabetes (MODY)
- ☐ Neonataler Diabetes
- ☐ Hyperinsulinämie
- ☐ Diabetes modifizierende Gene
- ☐ Risikoprofil Diabetes

Lipidstoffwechselstörungen

- ☐ Risikoprofil Lipide
- ☐ Häufige Lipidstoffwechselstörungen
- ☐ Seltene Lipidstoffwechselstörungen
- ☐ Aphereseindikation
- ☐ Statinunverträglichkeit
- ☐ Komplexe Lipiddiagnostik
- ☐ Lipodystrophien

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

- ☐ Histaminintoleranz
- ☐ Lactoseintoleranz
- ☐ Fructoseintoleranz
- ☐ Glucose-Galactose-Malabsorption
- ☐ Komplexe Nahrungsmittelunverträglichkeiten