

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



MVZ Aschaffenburg
 Ludwigstr. 2
 63739 Aschaffenburg
 Tel. 06021-447798-41
 www.mvzab.de

Geschlecht des Patienten: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
--

Anforderung Humangenetische Untersuchung

GKV-Patient
 Bei GKV-Patienten ist dieser Untersuchungsauftrag nur in Verbindung mit einem vollständig ausgefüllten **Laborschein Muster 10** mit Angabe der Verdachtsdiagnose und Auftrag für die gewünschte Untersuchung sowie unterschriebener Einwilligungserklärung gültig.

Privatpatient/Selbstzahler
 Bei Privatversicherten bitte ausgefüllten Untersuchungsauftrag und unterschriebene Einwilligungserklärung einsenden. Eine Kostenübernahmezusage der privaten Krankenversicherung bei Komplett-Sequenzierungen muss vor Untersuchungsbeginn geklärt werden.

Einsender (Stempel) - Unterschrift
Labornummer (nur vom Labor auszufüllen):

Indikation – Diagnose / Verdacht	Angaben zum Patienten:
	Ethnische Herkunft: _____
	Indexpatient <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Mutation des Indexpatienten _____
	Vorbefunde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Knochenmarkspende erhalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Untersuchungsmaterial	Für alle genannten Untersuchungen benötigen wir, wenn nicht anders gekennzeichnet, jeweils 2,5 ml EDTA-Blut.
<input type="checkbox"/> EDTA Blut <input type="checkbox"/> DNA	Entnahme- und Probenversandmaterial senden wir Ihnen gerne auf Anfrage zu.
<input type="checkbox"/> Li-HEPARIN-Blut <input type="checkbox"/> Andere _____	
Datum der Probenentnahme: ____ ____ ____	
Art der Diagnostik <input type="checkbox"/> Diagnostische <input type="checkbox"/> Prädiktive <input type="checkbox"/> Vorgeburtliche Analyse <input type="checkbox"/>	

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß Gendiagnostikgesetz (nicht zutreffende Passagen bitte streichen)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich von dem behandelnden Arzt über die Aussagekraft und Konsequenzen der obengenannten Untersuchung umfassend aufgeklärt worden bin, dass ich mit der Entnahme der Probe einverstanden bin und dass die Probe für genetische Untersuchungen zur Klärung der oben genannten Fragestellungen verwendet werden darf. Ich bestätige weiterhin, dass ich über meinen Anspruch auf eine genetische Beratung informiert wurde, dass mir ausreichende Bedenkzeit vor der Einwilligung zu oben genannten Untersuchungen zur Verfügung stand, dass ich darauf hingewiesen wurde, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann, und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren.

Ich bin damit einverstanden, dass eine Mitteilung der Ergebnisse der molekulargenetischen Analysen an mitbehandelnde Ärzte (_____) erfolgt, und dass der Auftrag ggf. an ein spezialisiertes Labor weitergeleitet wird. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgabe nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie gegebenenfalls meiner Familie auch in Zukunft zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der genetischen Diagnostik verbleibendes Untersuchungsmaterial übereignete ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor. Ich bin einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden und gegebenenfalls in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient
bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Unterschrift behandelnde/r
verantwortliche(r) Ärztin / Arzt

Name, Vorname	geb. am
---------------	---------

<p>Schilddrüse und Nebenschilddrüsen</p> <p><input type="checkbox"/> C-Cell-Carcinom / MEN1 / MEN2</p> <p><input type="checkbox"/> Hyperparathyreoidismus (<i>AP2S1, CASR, CDC73, CDKN1A, CDKN1B, CDKN2B, CDKN2C, GCM2, GNA11, MEN1, PTH, RET</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Phäochromozytom / Paragangliom (<i>FH, KIF1B, MAX, MEN1, NF1, RET, SDHA, SDHB, SDHC, SDHD, SDHAF2, TMEM127, VHL</i>)</p> <p>Einzelgen-Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Multiple endokrine Neoplasie Typ 1 (<i>MENIN</i>) <input type="checkbox"/> Multiple endokrine Neoplasie Typ 2 (<i>RET</i>-Protoonkogen) <input type="checkbox"/> Von-Hippel-Lindau-Syndrom (<i>VHL</i>) <input type="checkbox"/> Schilddrüsenhormonresistenz (<i>THRA, THRB</i>) <p>Bluthochdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmonale Hypertonie (<i>ACVRL1, BMPR1B, BMPR2, CAV1, EIF2AK4, ENG, GDF2, KCNA5, KCNK3, SMAD4, SMAD9, TBX4</i>)</p> <p>Bindegewebserkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Ehlers-Danlos-Syndrom (<i>COL1A1, COL1A2, COL3A1, COL5A1, COL5A2</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> klassischer Typ (<i>COL1A1, COL5A1, COL5A2</i>) <input type="checkbox"/> Arthrochhalasis Typ (<i>COL1A1, COL1A2</i>) <input type="checkbox"/> vaskulärer Typ (<i>COL3A1</i>) <p><input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom (<i>FBN1, TGFBF1, TGFBF2, SMAD3</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Stickler-Syndrom (<i>COL2A1, COL9A1, COL9A2, COL9A3, COL11A1, COL11A2</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Thorakales Aortenaneurysma (<i>ACTA2, COL5A1, COL5A2, COL3A1, FBN1, MYH11, MYLK, SMAD3, TGFB2, TGFBF1, TGFBF2</i>)</p> <p>Ionenkanalerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Brugada-Syndrom (<i>CACNA1C, CACNB2, GPD1L, HCN4, KCNE3, SCN1B, SCN3B, SCN5A, TRPM4</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Long-QT-Syndrom (<i>CACNA1C, CAV3, KCNE1, KCNE2, KCNH2, KCNJ2, KCNJ5, KCNQ1, SCN4B, SCN5A, SNTA1</i>)</p> <p>Kardiomyopathien</p> <p><input type="checkbox"/> Kardiomyopathie (HCM & DCM & Fabry) (<i>ACTC1, ACTN2, CSRP3, DSP, GLA, JPH2, MYBPC3, MYH7, MYL2, MYL3, PLN, PRKAG2, TCAP, TNNC1, TNNT3, TNNT2, TPM1, TTN</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Kardiale Amyloidose</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transthyretin (<i>TTR</i>-Gen) <p>Knochenstoffwechsel</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporose (<i>ALPL, BMP1, CALCR, COL1A1, COL1A2, CRTAP, IFITM5, LRP5, PDLIM4, PLS3, SOST, TNFRSF11, VDR, WTN1</i>)</p> <p>Einzelgen-Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hypophosphatasie (<i>ALPL</i>-Gen) <input type="checkbox"/> Vitamin-D-Rezeptor (<i>VDR</i>)-Polymorphismus <p>Onkogenetik</p> <p><input type="checkbox"/> DPYD-Genanalyse vor 5-Fluoruracil (5-FU)-haltigen Therapien (c.1905+1G>A, c.1679T>G, c.2846A>T und c.1236G>A/HapB3)</p> <p><input type="checkbox"/> Kolon-Karzinom / FAP (<i>APC, MUTYH, NTHL1, MSH3, POLD1, POLE</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Kolon-Karzinom / LYNCH /HNPCC (<i>MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Mamma-Ovar-Prostata-Pankreas-Karzinom (<i>ATM, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CHEK2, NBN, PALB2, RAD51C, RAD51D, TP53</i>)</p> <p>Einzelgen-Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> vor medikamentöser Behandlung (<i>BRCA1, BRCA2</i>) 	<p>Hämostase</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombophilie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Stufe I <i>FV-Leiden & FII Prothrombin 20210G>A</i> <input type="checkbox"/> Stufe II <i>Genanalyse (FV, FII, PROC, PROS1, Antithrombin III)</i> <p>Single Nucleotide Polymorphism Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Faktor II <input type="checkbox"/> Faktor V <i>Leiden</i> <p><input type="checkbox"/> Hämophilie (Faktor VIII, vWF)</p> <p>Stoffwechselerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Adipositas (<i>ADCY3, ADIPOQ, ADRB2, AGRP, CARTPT, GHRL, LEP, LEPR, MC3R, MC4R, NROB2, NTRK2, PCSK1, POMC, PPARG, SIM1, UCP1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Adrenogenitales Syndrom / Steroidstoffwechsel (<i>CYP21A2, CYP11B1, HSDB2, STAR</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Autoinflammatorische, chronische Erkrankung, (<i>LPIN2, MEFV, MVK, NLRP3, NLRP12, TNFR1</i>)</p> <p>Einzelgen-Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> familiäres Mittelmeerfieber (<i>MEFV</i>) <p><input type="checkbox"/> Familiäre Hypercholesterinämie (<i>LDLR, PCSK9, APOB, APOE, LDLRAP1</i>)</p> <p>Einzelgen-Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> autosomal dominant, ADH (<i>APOB, LDLR, PCSK9</i>) <input type="checkbox"/> autosomal rezessiv, ARH (<i>LDLRAP1</i>) <input type="checkbox"/> Hypobetalipoproteinämie (<i>APOB</i>) <input type="checkbox"/> Typ-III-Hyperlipoproteinämie (<i>APOE</i>) <p><input type="checkbox"/> Familiäre Hypertriglyceridämie (<i>APOA5, APOC2, APOE, LPL</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Hämochromatose / Eisenstoffwechsel (<i>HFE, HAMP, HJV, TFR2, SLC40A1</i>)</p> <p>Single Nucleotide Polymorphism Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>HFE (H63D, S65C, C282Y)</i> <p><input type="checkbox"/> Hereditäre Pankreatitis (<i>CFTR, PRSS1, SPINK1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> MODY (<i>ABCC8, APPL1, BLK, CEL, GCK, HNF1A, HNF1B, HNF4A, INS, KCNJ11, KLF11, NEUROD1, PAX4, PDX1</i>)</p> <p>Einzelgen-Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MODY-Typ 1 (<i>HNF4A</i>) <input type="checkbox"/> MODY-Typ 2 (<i>GCK</i>) <input type="checkbox"/> MODY Typ 3 (<i>HNF1A</i>) <input type="checkbox"/> MODY-Typ 5 (<i>HNF1B</i>) <p>Unerfüllter Kinderwunsch (Infertilität)</p> <p><input type="checkbox"/> beim Mann (EDTA- & Lithium-Heparinblut)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse (Lithium-Heparin-Blut) <input type="checkbox"/> <i>CFTR</i>-Gen <input type="checkbox"/> Azoospermiefaktor (<i>AZFa, AZFb, AZFc</i>) <input type="checkbox"/> <i>GNRHR</i>-Gen <p><input type="checkbox"/> bei der Frau (EDTA- & Lithium-Heparinblut)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse (Lithium-Heparin-Blut) <input type="checkbox"/> Adrenogenitales Syndrom (<i>CYP21A2, CYP11B1, HSDB2, STAR</i>) <input type="checkbox"/> Ovarialinsuffizienz (<i>FMR1</i>-Repeat-Analyse) <input type="checkbox"/> Gerinnungsfaktoren (<i>FV, FII, PAI</i>) <p>Einzelgen-Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alpha-1-Antitrypsin (<i>SERPINA1</i> (PI)-Gen) <input type="checkbox"/> <i>APOB</i> (<i>Apolipoprotein B-100</i>-Gen) <input type="checkbox"/> <i>APOE</i>-Genotypisierung (<i>E2/E3/E4</i>) <input type="checkbox"/> <i>Angiotensin Converting Enzym (ACE)</i> I/D-Pol. <input type="checkbox"/> Fructose-Intoleranz (<i>ALDOB</i>-Gen) <input type="checkbox"/> HLA-B27 Genotypisierung <input type="checkbox"/> Lactose-Intoleranz (<i>MCM6</i>-Gen) <input type="checkbox"/> Morbus Crohn (<i>CARD15</i>-Gen: <i>SNP8, 12 und 13</i>) <input type="checkbox"/> Morbus Fabry (<i>GLA</i>-Gen) <input type="checkbox"/> Porphyrie, akute intermittierende (<i>PBGD</i>-Gen) <input type="checkbox"/> Thalassämie Alpha – und beta- (<i>HBA1&2-, HBB</i>-Gen) <input type="checkbox"/> <i>VAIHS</i>-Defektsyndrom (<i>ADA2</i>-Gen) <p><input type="checkbox"/> Andere humangenetische Analysen (auf Anfrage)</p>
---	---