

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w d

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Kostenträger/Abrechnung GKV PKV Selbstzahler Rechnung an Einsender Kostenvoranschlag zuschicken**Weitere Befundempfänger** (nur mit schriftlicher Einwilligung, Seite 2)**Verantwortliche Ärztliche Person** (GenDG)

Stempel, Telefon- und Faxnummer, Unterschrift

Untersuchungsmaterial (Art, Menge, ggf. Entnahmezeitpunkt) EDTA-Blut (mind. 3ml) Heparin-Blut DNA

Sonstiges _____ Entnahmedatum _____

Hinweis: Unbeschriftetes Material muss verworfen werden!

Auftrag

Indikation/Diagnose _____

 Array (CytoSNP-850K, Illumina) Chromosomen Exomanalyse nach Genehmigung (s.u.)**Neurologie (Panel)**

- Absence-Epilepsie
- Angelman/Angelmanlike Syndrom
- Benigne Neugeborenenkrämpfe
- CADASIL
- Dravet-Syndrom
- Epilepsie mit erhöhter Therapierelevanz
- Familiäre hemiplegische Migräne
- Familiäre nächtliche Frontallappenepilepsie (ADNFLE)
- Familiäre und idiopathische Epilepsie
- Fokale Epilepsie
- Frühkindliche epileptische Enzephalopathie
- Generalisierte Epilepsie mit Fieberanfällen (GEFS)
- Generalisierte, juvenile, myoklonische Epilepsie
- Kreatinmangelsyndrom
- Landau-Kleffner Syndrom
- Lennox-Gastaut Syndrom
- Kreatinmangelsyndrom
- Narkolepsie (Sanger-Analyse)
- paroxysmale Dyskinesie
- Progressive myoklonische Epilepsie
- Rett- und Rett-ähnliches Syndrom
- Tuberöse Sklerose (TSC)

- Narkolepsie (Sanger-Analyse)

Kardiologie (Panel)

- Arterial Tortuosity Syndrom
- Barth Syndrom
- Brugada Syndrom
- Ehlers-Danlos Syndrom (vaskuläre Form)
- Familiäres Vorhofflimmern
- Glykogenspeicherkrankheit II (Morbus Pompe)
- Kardiomyopathie, arrhythmogene rechtsventrikuläre (ARVC/D)
- Kardiomyopathie, dilatative (DCM)
- Kardiomyopathie, hypertrophe (HCM)
- Kardiomyopathie, linksventrikuläre Non-compaction (LVNC)
- Kardiomyopathie, restriktive (RCM)
- Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT)
- Loeys-Dietz-Syndrom (LDS)
- Long-QT Syndrom
- Marfan Syndrom
- Morbus Fabry
- Noonan Syndrom
- Short-QT Syndrom
- Sick-Sinus-Syndrom
- Thorakales Aortenaneurysma und Aortendissektion, familiäres (TAAD)
- Wolff-Parkinson-White-Syndrom (WPW-S)

Neurologie (Panel)**Genetisch bedingte Entwicklungsbesonderheiten bei Kindern und Jugendlichen (Syndromologie)**

- Aarskog-Syndrom
- Angelman/Angelmanlike-Syndrom
- Autismus
- Bardet-Biedl-Syndrom
- Cockayne-Syndrom
- Costello-Syndrom
- DiGeorge-Syndrom
- Ehlers-Danlos-Syndrom (vaskuläre Form)
- Familiäre hemiplegische Migräne
- Friedreich-Syndrom
- Gilbert-Syndrom
- Gilles-de-la-Tourette-Syndrom
- Klinefelter-Syndrom
- Leopard-Syndrom
- Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
- Marfan-Syndrom
- Mikrodeletionssyndrome
- Mikrozephalie
- Noonan-Syndrom
- Rett- und Rett-ähnliches-Syndrom
- Romano-Ward-Syndrom
- Russell-Silver-Syndrom
- Smith-Magenis-Syndrom
- Walker-Warburg-Syndrom
- Werner-Syndrom

Onkologie (Tumorarten)

- Brust- und Eierstockkrebs
- Familiäres atypisches multiples Muttermal- und Melanomsyndrom (FAMMM)
- Fanconi Anämie
- Hauttumore
- Head Neck Tumore (SCCHN, Kopf-Hals Tumore)
- Hereditäres diffuses Magenkarzinom
- Hereditäres Nierenzellkarzinom
- Hereditäres papilläres Nierenzellkarzinom (HPRCC)
- Kolorektalkarzinome, HNPCC, FAP, MYH
- Li-Fraumeni-Syndrom
- Lungenkarzinome
- Lynch-Syndrom (hereditäres nicht-polypöses Kolonkarzinom, HNPCC)
- Magenkarzinome
- Mamma- und Ovarialkarzinome
- Multiple endokrine Neoplasien
 - Typ 1 (MEN1)
 - Typ 2A und B (MEN2)
 - Typ 4 (MEN4)
- Nierenkarzinome
- Pankreaskarzinome
- Paragangliom/Phäochromozytome
- Paragangliom-Phäochromozytom-Syndrom
- Polyposis-Syndrome
 - Familiäre adenomatöse Polyposis (FAP / MUTYH-assoziierte Polyposis (MAP))
 - Juvenile Polyposis-Syndrom
 - Peutz-Jeghers-Syndrom
 - Polyposis-Syndrome, hereditär
- PTEN-Hamartom Tumor-Syndrom
- Retinoblastom
- von Hippel-Lindau-Syndrom (VHL)
- ZNS Tumore (des Zentralnervensystems)

















































Für gesetzlich Versicherte: Einwilligung zur Einholung einer Genehmigung gem. EBM-GOP 11514 Genehmigungspflichtige erweiterte Diagnostik > 25 kb

Führen weder Basis- noch erweiterte Diagnostik bis 25 kb zu einer Klärung der Verdachtsdiagnose, besteht die Möglichkeit eine **genehmigungspflichtige Mutationssuche von mehr als 25 kb** bei Ihrer Krankenkasse zu beantragen. Hierzu sind eine gutachtliche Stellungnahme und die Übermittlung von medizinischen Daten an Ihre Krankenversicherung erforderlich. Mit Ihrer nachstehenden Unterschrift entbinden Sie uns von der Schweigepflicht und erteilen uns die Vollmacht, eine Genehmigung bei Ihrer Krankenversicherung zu beantragen. Darüber hinaus erteilen Sie auch die Einwilligung gem. GenDG (s. oben), eine erweiterte Diagnostik > 25 kb durchzuführen.

- Bitte schicken Sie mir im Falle einer Ablehnung durch die Krankenkasse eine Kostenrechnung (Angebot) für die erweiterte Diagnostik > 25 kb als Selbstzahlerleistung entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) oder gesetzlicher Vertreter

Symbole	Klinische Angaben/Stammbaum (bitte verwenden Sie die nebenstehenden Symbole)		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> weiblich  nicht betroffen  betroffen  verstorben  Überträger </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> männlich     </td> </tr> </table>	weiblich  nicht betroffen  betroffen  verstorben  Überträger	männlich    	
weiblich  nicht betroffen  betroffen  verstorben  Überträger	männlich    		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">  Geschlecht nicht festgestellt  Spontanabort  Eineiige Zwilling  Indexpatient </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">  Schwangerschaft  Schwangerschaftsabbruch  Zweieiige Zwillinge  Infertilität </td> </tr> </table>	 Geschlecht nicht festgestellt  Spontanabort  Eineiige Zwilling  Indexpatient	 Schwangerschaft  Schwangerschaftsabbruch  Zweieiige Zwillinge  Infertilität	
 Geschlecht nicht festgestellt  Spontanabort  Eineiige Zwilling  Indexpatient	 Schwangerschaft  Schwangerschaftsabbruch  Zweieiige Zwillinge  Infertilität		

Einverständniserklärung

Ich bestätige mit dieser Unterschrift nach erfolgter Aufklärung gemäß GenDG mein Einverständnis mit den genetischen Analysen und der dafür erforderlichen Probenentnahme. Ich wurde auch über mein Widerrufsrecht aufgeklärt.

JA **NEIN**

Mit der Aufbewahrung der Ergebnisse der Untersuchung, über die gesetzliche Frist von 10 Jahre hinaus, bin ich einverstanden.

Mit der Aufbewahrung von Probenmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit, der Qualitätssicherung oder für ergänzende Untersuchungen bin ich einverstanden. Das Probenmaterial muss nach der Untersuchung nicht direkt vernichtet werden.

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages oder weiterführender Diagnostik im Rahmen der medizinischen Fragestellung an Kooperationslabore bin ich bei Bedarf einverstanden.

Mit der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial und/oder Befunden für wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form bin ich einverstanden.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass der Untersuchungsbeauftragte (Hanse Genetik) meine Analyse-Daten auch vor der gesetzlichen Frist von 10 Jahren löschen darf, wenn keine medizinischen Belange dagegensprechen.

Ich bin damit einverstanden, dass relevante Vorbefunde von anderen Ärzten und medizinischen Einrichtungen durch den Untersuchungsbeauftragten (Hanse Genetik) angefordert werden dürfen.

Fotografieren für wissenschaftliche Veröffentlichungen sind erlaubt.

Sollten aus Untersuchungen oder im Rahmen von Forschungsprojekten Zusatzbefunde entstehen, möchte ich informiert werden.

Ich bin einverstanden, dass die erhobenen Befunde auch an o.g. Ärzte (siehe Vorderseite) versendet und besprochen werden können.

Patient/gesetzl. Vertreter (Druckbuchstaben)

Patient/gesetzl. Vertreter (Unterschrift)

Arzt (Druckbuchstaben)

Arzt (Datum, Unterschrift)