



EILT

Krankenkasse (GKV/PKV):		
Name, Vorname (Versicherte/r):		
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	
Adresse (Straße, PLZ, Wohnort):		
Krankenkassen-Nr.:	Versicherten-Nr.:	Status:

Kostenträger

- GKV-Patient, ambulant (**Überweisungsschein Muster 10**)
- GKV-Patient, stationär, intern
(Bürgerhospital Frankfurt/Clementine Kinderhospital)
- GKV-Patient, stationär, extern (DKGNT-Rechnung an Klinik)
- Selbstzahler (GOÄ-Rechnung an Patient nach
Kostenübernahmeerklärung der Kasse oder des Patienten)
- § 116b SGB V

Einsender (Arztstempel/Telefon/Fax/Unterschrift)

Diagnose/Verdacht/Anamnese (ICD-10-Code)

Angaben zur Probe: Entnahme am _____

- EDTA-Blut DNA Sonstiges Material:

Angaben zum Patienten

Patient erkrankt: ja nein

Familienangehörige erkrankt: ja nein

Schwangerschaft (SSW: _____) ja nein

Weitere Befundempfänger (Arztname /Anschrift; Zustimmung des Patienten besteht)

Elterliche Blutsverwandschaft: ja nein

Ethnische Herkunft: _____

Einwilligungserklärung für die Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung sind Sie damit einverstanden, dass zur Klärung der o.g. klinischen Fragestellung die untenstehenden genetischen Untersuchungen und die dafür notwendige Probenentnahme durchgeführt werden. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie (*Nichtzutreffendes bitte streichen/ergänzen*), dass

- Sie von Ihrem Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der unten genannten Untersuchung aufgeklärt wurden.
- Sie die Einwilligung jederzeit widerrufen können, die Untersuchung dann abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.
- die erhobenen Ergebnisse in Papierform dokumentiert, in elektronischer Form gespeichert und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden.
- die Ergebnisse *nicht* gemäß GenDG nach 10 Jahren vernichtet werden, z.B. damit sie Angehörigen auch nach diesem Zeitraum zur Verfügung stehen.
- nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen weiterer Untersuchungen zur Diagnosefindung durch meine Ärztin/meinen Arzt, laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke aufbewahrt werden kann.
- der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden darf.
- die Untersuchungsergebnisse über den einsendenden Arzt hinaus auch anderen mitbehandelnden Ärzten mitgeteilt werden dürfen (z.B. humangenetische Beratungsstellen, medizinische Kooperationseinrichtungen).
- die Ergebnisse für die Beratung/Untersuchung Ihrer Angehörigen genutzt werden dürfen. (ggf. benennen:)

Selten können sich z.B. bei genomweiten Analysen (wie Exom-Sequenzierung) Zusatzbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen, aber nach aktuellem Wissensstand Konsequenzen für Sie (Prophylaxe, Therapie) oder Ihre Familie (z.B. Erkrankungsrisiko für Nachkommen) haben. Wünschen Sie die Mitteilung solcher Zusatzbefunde (kein Ankreuzen wird als NEIN gewertet)? ja nein

(genetische Untersuchung: Methode, abgedeckte Indikationen)

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

Hinweis für gesetzlich krankenversicherte Patienten: Eine Mutationssuche in bis zu 25 Kilobasen (kb) kodierender Sequenz (cds) kann direkt mit einem Überweisungsschein Muster 10 beauftragt werden. Wird hierdurch keine ursächliche Mutation gefunden, kann eine über 25 kb cds hinausgehende Mutationssuche sinnvoll sein. Mit Ihrer Unterschrift beauftragen Sie das Senckenberg Zentrum für Humangenetik, in einem solchen Fall Ihre Daten an Ihre gesetzliche Krankenkasse zu übermitteln, um die Notwendigkeit einer genetischen Diagnostik >25 kb cds ausführlich zu begründen und deren Genehmigung bei der Krankenkasse zu beantragen. Genetische Untersuchungen belasten das Laborbudget des überweisenden Arztes nicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient bzw. gesetzliche/r Vertreter/in



Vermuteter Erbgang

- autosomal-rezessiv
- autosomal-dominant
- X-chromosomal
- unklar
- sporadisch/simplex
- mitochondrial/maternal

Im Sinne der Übersichtlichkeit haben wir hier nur eine Auswahl von Erkrankungen aufgelistet. Sollte die gesuchte Verdachtsdiagnose nicht genannt sein, schreiben Sie diese bitte in die unten vorgesehenen Freifelder oder auf die Frontseite des Formulars.

Für die meisten nachgenannten Indikationen werden NGS-Analysen (Panels) angewendet und die nach den vorliegenden Angaben und/oder allgemeiner Häufigkeit sinnvollsten Gene priorisiert. Allgemein und gerne in Absprache mit Ihnen werden Methode und Auswahl der zu analysierenden Gene individuell festgelegt.

- Albinismus**
 - okulär
 - okulokutan
 - syndromal
- Blepharophimose (BPES)**
- Duane-Syndrom**
- Glaukom**
 - Glaukom, congenital
 - Glaukom, juvenil
 - Glaukom, andere:
- Hornhauterkrankungen**
 - Fuchs-Dystrophie
 - Morbus Fabry
 - Andere: ...
- Kearns-Sayre-Syndrom**
- Kongenitale Fibrose der extraokulären Muskeln**
- Linsenerkrankungen**
 - Angeborene nukleäre Katarakt
 - Katarakt: Galaktokinase-Mangel
 - Katarakt: Klassische Galaktosämie
 - Katarakt, syndromal: ...
 - Linsenluxation
- Myopie**
- Neuronale Zeroidlipofuszinosen**
- Netzhautablösung**
 - Familiäre exsudative Vitreoretinopathie, FEVR
 - Retinoschisis, juvenile, X-chromosomal
 - Stickler-Syndrom
- Nystagmus, idiopathisch**
- Okuläre Fehlbildungen**
 - Anophthalmie, Mikrophthalmie, Kolobom
 - Norrie-Syndrom
- Ophthalmoplegie**, progressive externe
- Ptoxis**
- Retinale Dystrophien**
 - Refinitis pigmentosa (RP)/Stäbchen-Zapfen-Dystrophie
 - Congenitale stationäre Nachtblindheit, CSNB
 - Zapfen-/Zapfen-Stäbchen-/Makuladystrophie
 - Schwere frühkindliche Netzhautdystrophie (EOSRD)
 - Lebersche congenitale Amaurose (LCA)
 - Morbus Stargardt
 - Achromatopsie, ACHM
 - Morbus Best
 - Bardet-Biedl-Syndrom, BBS
 - Joubert-Syndrom, JBTS
 - Usher-Syndrom
 - Typ 1
 - Typ 2
 - Typ 3
 - Senior Loken-Syndrom
 - Andere: ...
- Sehnerv**
 - Optikusatrophie
 - Leber hereditäre Optikusatrophie, LHON
 - Optikusatrophie, syndromal:
- Septo-optische Dysplasie**
- Vorderabschnittsdysgenesien**
 - Aniridie
 - Neurofibromatose
 - Axenfeld-Rieger Anomalie
 - Vorderabschnittsmesenchymdysgenese
 - Iridogoniodysgenese
 - Peters/Peters Plus-Syndrom
- Andere: ...**