

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname und Adresse der Versicherten geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode




MGZ
Medizinisch
Genetisches
Zentrum

Prof. Dr. med. Dipl.-Chem.
Elke Holinski-Feder
Prof. Dr. med. Angela Abicht
Dr. med. Teresa Neuhann

Partnerschaft von Fachärztinnen
für Humangenetik mbB, MVZ

Bayerstraße 3 - 5
D-80335 München

Tel. +49 89 30 90 886 - 0
Fax +49 89 30 90 886 - 66
info@mgz-muenchen.de

Alle Formulare finden Sie unter
www.mgz-muenchen.de



Durch die DAKS nach DIN EN ISO 15189 akkreditiertes Labor. Die Akkreditierung gilt für den in der Urkundenanlage D-ML-13242-01-00 festgelegten Umfang, davon ausgenommen sind die mit * gekennzeichneten Analysen.

ANFORDERUNGSFORMULAR – HNO / PÄDAUDIOLOGIE □ EILT

ANGABEN ZUM EINSENDER UND BEFUNDEMPFÄNGER

Eine Befundübermittlung kann gemäß Gendiagnostikgesetz nur an den veranlassenden Arzt erfolgen. Eine Weitergabe des Befundes an Dritte ist mit Einwilligung des Patienten nur durch den veranlassenden Arzt möglich.

Arztname, ggf. Station _____ Telefon _____ Telefax _____

ANGABEN ZUR PROBE

Abnahmedatum _____ EDTA-Blut Chorionzotten/Fruchtwasser

Uhrzeit _____ Tumorblock DNA, extrahiert aus: _____

Speichel Sonstiges Material: _____

ANGABEN ZUM KOSTENTRÄGER

* Humangenetische Analysen aus EBM Kapitel 11 belasten **nicht** den Wirtschaftlichkeitsbonus oder das Laborbudget.

gesetzlich versichert, ambulant – Überweisungsschein Muster 10 * Rechnung an Klinik privat versichert, stationär

§116b Ambulanz Selbstzahler privat versichert, ambulant

ANGABEN ZUM PATIENTEN *

Patient im Medizinisch Genetischen Zentrum bekannt: Ja Nein Nein, aber Angehöriger (bitte Angabe des Namens oder der MGZ ID und des Verwandtschaftsverhältnisses): _____

Geschlecht: weiblich männlich

Ethnische Herkunft: _____

schwanger: Nein Ja _____

pränatale Analyse: Nein Ja SSW

Patient erkrankt: Nein Ja

Genetische Vorbefunde (Patient): Nein Ja

Genetische Vorbefunde (Angehöriger): Nein Ja

Angehörige(r) erkrankt: Nein Ja

Alter bei Erstdiagnose: _____

Auffälliges Hörscreening: Nein Ja

Auffällige Bildgebung: Nein Ja

Psychomotorische Entwicklung altersentsprechend: Nein Ja

UNTERSUCHUNGSauftrag / INDIKATION ** Vorbefunde bitte angeben/beilegen

Weitere Angaben zum Patienten und zu Vorbefunden können Sie auf Seite 2 ergänzen.
Anamnese/klinische Fragestellung**:

EINWILLIGUNG NACH GENDIAGNOSTIKGESETZ

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) bin ich mit den genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderung bzw. zur Klärung der obengenannten klinischen Fragestellung einverstanden. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache der Erkrankung angesehen werden können.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht dokumentiert, verarbeitet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor.

der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen/medizinischen Daten zur Qualitätssicherung, für die Etablierung neuer Diagnostikverfahren und in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken und zur Publikation

Aufklärung zu Zufalls- und Zusatzbefunden:

Zufallsbefunde: Bei der angeforderten genetischen Analyse können sich zufällig Befunde ergeben, die nicht mit der klinischen Fragestellung in Zusammenhang stehen. Falls diese nach aktuellem Wissenstand (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) behandlungsrelevant für Sie oder Ihre Familie sind, möchte ich über solche Befunde informiert werden (keine Auswahl wird als NEIN gewertet). Ja Nein

Zusatzbefunde (Selbstzahlerleistung): Falls Sie eine systematische Auswertung der behandlungsrelevanten Gene gemäß ACMG wünschen, handelt es sich hierbei um eine Zusatzleistung. Voraussetzung hierfür ist eine vorherige genetische Beratung durch Fachärzt:innen für Humangenetik gemäß GenDG, ggfs. per Videosprechstunde im MGZ München. Die Untersuchung erfolgt als Selbstzahlerleistung. Ich wurde durch eine Fachärztin/einen Facharzt für Humangenetik aufgeklärt und wünsche die Zusendung eines Kostenvorschlags. Ja Nein

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

Name, Vorname aufklärende(r) Ärztin/Arzt _____
X
Unterschrift aufklärende(r) Ärztin/Arzt _____

Ort, Datum _____
X
Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in) _____

OPTIONALE EINWILLIGUNG ZUM DATA SHARING

Das MGZ unterstützt von staatlichen Institutionen, Fachgesellschaften oder Berufsverbänden geförderte Initiativen des Datenaustauschs (»Data Sharing«), um die Forschung zu Ursache und Therapie von genetisch-bedingten Erkrankungen voranzutreiben. Falls Sie diese Initiativen ebenfalls unterstützen wollen, bitten wir hier um Einwilligung: Ich erkläre mich einverstanden, dass meine pseudonymisierten Daten (Exom-, Genomdaten, klinische Befunde) im Deutschen Humangenom-Phenomarchiv (www.ghga.de) oder in anderen wissenschaftlichen Datenarchiven mit gleichwertigen Datenschutzstandards gespeichert und für die genannten sekundären Forschungszwecke innerhalb der unter www.mgz-muenchen.de/info-ghga.html beschriebenen Grenzen verwendet werden dürfen.

Ort, Datum _____ **X** _____
Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in) _____

Alle NGS-Panels unterliegen sehr hohen, international anerkannten Qualitätsstandards gemäß der S1-Leitlinie NGS-Diagnostik (weitere Informationen und aktuelle Gen-Zusammenstellung der Panel s. www.mgz-muenchen.de). Der Auftrag umfasst bei Genanalysen eine Sequenzierung und ggfs. eine Deletions- bzw. Duplikationsanalyse. Auch eine individuelle Auswahl von Genen zur parallelen Analyse ist beauftragbar°. Gerne steht Ihnen unser fachärztliches Team für eine Rücksprache im individuellen Fall zur Verfügung: Telefon 089 / 30 90 886 - 0.

▶ HÖRMINDERUNG, TAUBHEIT UND DIFFERENTIALDIAGNOSEN

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 912.02 Hörminderung, Taubheit – Gesamtpanel inkl. syndromaler Differentialdiagnosen 139 Gene | <input type="checkbox"/> 000.00 GJB2, GJB6 |
| <input type="checkbox"/> 913.00 Postlinguale Hörminderung 49 Gene | <input type="checkbox"/> 203.00 Alport-Syndrom / Syndrom der dünnen Basalmembran 4 Gene |
| | <input type="checkbox"/> 769.00 Usher Syndrom 15 Gene |

▶ KRANIOFAZIALE FEHLBILDUNGEN

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 000.00 Karyotypisierung (konventionelle Chromosomenanalyse) | <input type="checkbox"/> 914.00 Lippen-Kiefer-Gaumenspalte 25 Gene |
| <input type="checkbox"/> 000.00 Microarray (hochauflösende molekulare Chromosomenanalyse) | <input type="checkbox"/> 000.00 DiGeorge Syndrom Mikrodeletion 22q11.2 |
| <i>Hinweis: Bei gesetzlich versicherten Patienten ist vor der hochauflösenden Chromosomenanalyse eine konventionelle Chromosomenanalyse obligatorisch, wir bitten daher um folgende Angabe:</i> | <input type="checkbox"/> 169.00 Stickler-Syndrom – Basisdiagnostik COL11A1, COL11A2, COL2A1 |
| <input type="checkbox"/> eine konventionelle Chromosomenanalyse ist bereits erfolgt | <input type="checkbox"/> 915.00 Ohrfehlbildungen 39 Gene |
| <input type="checkbox"/> eine konventionelle Chromosomenanalyse soll durchgeführt werden | |
| <input type="checkbox"/> 916.00 Choanalatresie CHD7, CTNND1, EFTUD2, FAM20C, FGFR2, FGFR3, FOXE1, SPINT2, TXNL4A, USP9X | <input type="checkbox"/> 165.09 Exom |
| <input type="checkbox"/> 917.00 Faziale Dysostose 15 Gene | <input type="checkbox"/> 000.00 Exom-Trio |
| <input type="checkbox"/> 204.01 Branchio-Oto-/Renales-/Okulo-Faziales Syndrom (BOR/BOS/BOFS) EYA1, SIX1, SIX5, TFAP2A | <input type="checkbox"/> Ggf. in der Exomdiagnostik zu priorisierende Verdachtsdiagnose / Gene / Genpanel: |
| <input type="checkbox"/> 275.01 Kraniosynostosen 22 Gene | |

▶ ZÄHNE

Zahnanlagestörungen (Zahnagenesie, Oligodontie)

- 786.00 Zahnagenesie, Oligodontie | AXIN2, EDA, EDAR, EDARADD, IRF6, LPR6, LTBP3, MSX1, PAX9, WNT10A

Zahnstrukturanomalien

- 787.00 Amelogenesis imperfecta (AI) | AMBN, AMELX, COL17A1, DLX3, ENAM, FAM20A, FAM83H, LAMB3, MMP20, WDR72
- 788.00 Dentinogenesis imperfecta (DI) | COL1A1, COL1A2, DSPP
- 789.00 Zahnstrukturanomalien – Gesamtpanel | AMBN, AMELX, COL17A1, DLX3, DSPP, ENAM, FAM20A, FAM83H, LAMB3, MMP20, WDR72

▶ GEFÄSS- UND BINDEGEWEBSERKRANKUNGEN

- 000.00 Hereditäre hämorrhagische Teleangiektasie / M. Osler | ACVRL1, ECVRL1, ENG, SMAD4

▶ TUMORPRÄDISPOSITIONSSYNDROME

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 806.00 Basalzell-Naevus-Syndrom / Gorlin-Syndrom PTCH1, SUFU, PTCH2 | <input type="checkbox"/> 705.00 Malignes Melanom ACD, APC, ATM, BAP1, BRCA2, CDK4, CDKN2A, MC1R, MITF, POT1, PTEN, RB1, TERF2IP, TERT, TP53 |
|--|---|

▶ WEITERE ANGABEN ZUM PATIENTEN UND VORBEFUNDE **Vorbefunde bitte angeben/beilegen

Unser fachärztliches Team steht Ihnen bei Fragen konsiliarisch zur Verfügung: 089 / 30 90 886 - 0

Hauptbefund / Leitsymptom **: _____

Auffällige Befunde weiterer Fachrichtungen **: _____
