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

Geschlecht: ☐ M ☐ W ☐ D ☐ X Telefon:

BARCODE

MEDICOVER GENETICS

UNTERSUCHUNGSAUFTRAG

PRÄNATALDIAGNOSTIK

Weitere Untersuchungsaufträge finden Sie unter www.medicover-diagnostics.de

EINSENDER (STEMPEL)

Name – Anschrift – Unterschrift – Telefonische Durchwahl – E-Mail

KOSTENTRÄGER

☐ GKV (gesetzlich versichert) - Laborüberweisungsschein Muster 10
☐ ambulant ☐ stationär, Rechnung an Klinik ☐ §116b Ambulanz
Humangenetische Analysen aus EBM Kapitel 11 belasten nicht den Wirtschaftlichkeitsbonus oder das Laborbudget.
☐ IGeL / Selbstzahler
☐ PKV (privat versichert) ☐ ambulant ☐ stationär
☐ Kostenvoranschlag nach GOÄ erbeten

ANGABEN ZUM PATIENTEN

☐ SSW laut Ultraschall: _____ + _____

☐ Anzahl der Feten: _____

Bei Zwillingsschwangerschaft: ☐ MC ☐ DC ☐ MA ☐ DA

☐ Geschlechtsangabe gewünscht ☐ Ja ☐ Nein

☐ Konsanguinität der Eltern ☐ Ja ☐ Nein

Geschlecht des Fetus falls bekannt ☐ weiblich ☐ männlich

☐ Anzahl bisheriger Schwangerschaften: _____

☐ Bisherige Geburten: _____

☐ Besonderheiten dieser Schwangerschaft: _____

Indikation: _____

☐ Mütterliches Alter: _____

☐ Sonographische Auffälligkeiten: _____

☐ Auffälliger NIPT: ☐ T21 ☐ T13 ☐ T18 Sonstiger Befund: _____

☐ Auffälliges Ersttrimesterscreening (Risiko 1: _____) ☐ T21 ☐ T13 ☐ T18

☐ Auffälliger Pränatalbefund in vorheriger Schwangerschaft: _____

☐ Chromosomenstörung / Fehlbildung in der Familie: _____

☐ Kind mit angeborenen Fehlbildungen: _____

☐ Monogene Erkrankung in der Familie: _____

☐ Sonstiges: _____

KLINISCHE SYMPTOMATIK

Bitte machen Sie möglichst vollständige Angaben zur klinischen Symptomatik und legen den Ultraschallbefund bei.
Wählen Sie die phänotypischen Merkmale bitte möglichst vollständig in der untenstehenden Liste aus, gegebenenfalls bitten wir um individuelle Ergänzung.

öffentlich | MC_GEN_06/25_UA_Pränataldiagnostik-v1

PRÄNATALDIAGNOSTIK

MEDICOVER GENETICS

Sonographische Auffälligkeiten

- ☐ erhöhte NT >3,5mm
- ☐ V.a. Noonan-Syndrom
- ☐ Hydrops fetalis (HP:0001789)¤
- ☐ Hygroma colli (HP:0010878)
- ☐ Anhydramnion (HP:0025700)
- ☐ Oligohydramnion (HP:0001562)
- ☐ Polyhydramnion (HP:0001561)
- ☐ Intrauterine Wachstumsretardierung (IUGR, HP:0001511)
- ☐ reduziertes Längenwachstum (HP:0004322)
- ☐ Omphalozele (HP:0001539)
- ☐ Duodenalstenose (HP:0100867)
- ☐ echogener Darm (HP:0010943)
- ☐ Zwerchfellhernie (HP:0000776)
- ☐ Situs inversus abdominalis / totalis (HP:0003363 / HP:0001696)
- ☐ Fetale Akinesie
- ☐ Mikrophthalmie (HP:0007633) / Anophthalmie (HP:0000528)
- ☐ Lippen- / Kiefer- / Gaumenspalte

Skelettfehlbildungen

- ☐ Skelettdysplasien
- ☐ Kraniosynostosen
- ☐ Extremitätenfehlbildung

ZNS- / Hirnfehlbildungen

- ☐ Holoprosencephalie (HP:0001360)
- ☐ Corpus callosum Agenesie (HP:0001274)
- ☐ Gyrierungsstörung (HP:0002536)
- ☐ Mikrocephalie (HP:0000252)
- ☐ Encephalocele (HP:0002084)
- ☐ Neuralrohrdefekt / Spina bifida (HP:0002414)
- ☐ Plexus chorioideus Zyste(n) (HP:0002190)
- ☐ Ventrikulomegalie (HP:0002119)

Nierenfehlbildung

- ☐ Polycystische Nieren (HP:000113)
- ☐ Fehlbildungen der Nieren und Harnwege (CAKUT, HP:0000110, HP:0010936)

Herzerkrankungen

- ☐ Herzfehlbildungen (syndromal) (HP:0001627)
- ☐ Kardiomyopathie (HP:0001638)
- ☐ Rhythmusstörungen (HP:0011675)
- ☐ ASD (HP:0001631)
- ☐ VSD (HP:0001629)
- ☐ AVSD (HP:0006695)
- ☐ Fallot'sche Tetralogie (HP:0001636)
- ☐ Dextrokardie (HP:0001651)
- ☐ Hypoplastisches Linksherz (HP:0004383)
- ☐ Sonstige: _____

UNTERSUCHUNGSMATERIAL

Entnahmedatum: _____

Uhrzeit: _____

- ☐ Chorionzotten
  - ☐ nativ (10-30 mg)
  - ☐ kultiviert
- ☐ Fruchtwasser
  - ☐ nativ (10-20 ml)
  - ☐ kultiviert
- ☐ Nabelschnurblut (0,5-1 ml)
  - ☐ Li-Heparin für Chromosomenanalyse
  - ☐ EDTA für Molekulargenetik
- ☐ Abortmaterial (10-30 mg)
- ☐ DNA aus _____ (≥ 250 ng; ≥ 100 ng/µl)
- ☐ EDTA-Blut der Mutter (1-2 ml) *
- ☐ EDTA-Blut des Vaters (1-2 ml) **
- ☐ Sonstiges _____

* Kontaminationstest / Trio-Exom-Analyse

** Trio-Exom-Analyse

UNTERSUCHUNGSAUFTRAG

PRÄNATALDIAGNOSTIK

MEDICOVER GENETICS

UNTERSUCHUNGSAUFTRAG

Unser Experten-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: info@medicover-diagnostics.de oder unter +49 89 895578-0

- ☐ Klassische Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- ☐ AFP-Bestimmung
- ☐ AChE-Bestimmung
- ☐ FISH-Schnelltest (keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse, IGeL)
- ☐ Mikroarray-Analyse (keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse, IGeL)
- ☐ Molekulargenetische Diagnostik:

Zieldiagnostik bei familiär bekannter Variante? ☐ Ja, bitte Befundkopie beilegen; alternativ, exakte Angabe von

Gen: _____ Variante: _____ Transkript: _____

GENETISCHE DIAGNOSTIK

Maternaler Kontaminationstest ☐ gewünscht ☐ bereits erfolgt und unauffällig

☐ pränatale Exom-Diagnostik

(bitte nehmen Sie vor Beauftragung einer pränatalen Exom-Analyse unbedingt Kontakt zu uns auf über: info@medicover-diagnostics.de)

Pränatale Trio-Exome werden nur hinsichtlich Varianten in bekannt krankheitsassoziierten Genen ausgewertet (clinical exome). Der Fokus liegt hierbei auf Genen, die mit den angegebenen Auffälligkeiten im Ultraschall und der Verdachtsdiagnose assoziiert sein können. Es werden ausschließlich Varianten befundet, die entsprechend ACMG Kriterien als wahrscheinlich pathogen (Klasse 4) oder pathogen (Klasse 5) klassifiziert werden.

☐ Sonstiges: _____

LABORDIAGNOSTIK

Unser Basislabor in Martinsried bietet Ihnen ergänzend ein umfassendes Portfolio an weiterer Labordiagnostik an.

Eine komplette Liste aller im Labor anforderbaren Analysen finden Sie unter www.medicover-diagnostics.de

Scannen Sie den QR-Code, um zu unserem digitalen Untersuchungsauftrag zu gelangen.

MEDICOVER GENETICS

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG GEMÄß GENDIAGNOSTIKGESETZ (GenDG)

Mit meiner nachstehenden Unterschrift erkläre ich, dass ich:

- von meinem behandelnden Arzt/behandelnden Ärztin über Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung gemäß GenDG aufgeklärt wurde
- ausreichend Gelegenheit hatte, offene Fragen zu besprechen
- mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial (Blut, Gewebe, bei Pränataldiagnostik Chorionzotten bzw. Fruchtwasser) einverstanden bin
- mit der Durchführung der genetischen Untersuchung zur Klärung der in Frage stehenden Indikation/Diagnose/Verdacht einverstanden bin

Ich erkläre außerdem meine Einwilligung zu den nachstehenden Punkten und bestätige, dass ich:

- mit der Auswertung zusätzlicher Gene der gleichen Indikationsgruppe im Rahmen der Forschung einverstanden bin ☐ Ja
- mit der Aufbewahrung des verbleibenden Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung einverstanden bin, jedoch keinen Anspruch auf Aufbewahrung erhebe ☐ Ja
- mein Probenmaterial und ggf. die DNA-Sequenzinformation anonymisiert für die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen zur Verfügung stelle ☐ Ja
- keine Einwände gegen eine Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Publikationen habe ☐ Ja
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von 10 Jahren hinaus zustimme, jedoch keinen Anspruch darauf erhebe ☐ Ja
- der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags oder Teilen davon - falls erforderlich - an ein medizinisches Kooperationslabor zustimme ☐ Ja

Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass

- ich die Analyse jederzeit stoppen und die Vernichtung der bis dahin erzielten Ergebnisse verlangen kann
- ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann
- ich die bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs entstandenen Kosten in vollem Umfang übernehme
- die genetische Untersuchung und Begutachtung sich nur auf die angeforderte Indikation bezieht und keine Aussagen über andere Erkrankungen getroffen werden

Aufklärung zu Zufallsbefunden: In seltenen Fällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit diesem Untersuchungsauftrag stehen, die aber nach aktuellem Wissenstand (gemäß Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben.
Über derartige Zufallsbefunde möchte ich informiert werden: ☐ Ja (kein Anspruch auf Vollständigkeit) ☐ Nein (keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet)
In bestimmten Fällen müssen solche Befunde von einem/einer Facharzt/Fachärztin für Humangenetik besprochen werden und können nicht von der verantwortlichen ärztlichen Person mitgeteilt werden.

***Prädiktive Diagnostik** darf gemäß GenDG nur durch Fachärzt:innen für Humangenetik oder andere Ärzt:innen, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben, beauftragt werden (GenDG, §7,1).
Im Falle prädiktiver genetischer Diagnostik bestätige ich hiermit, als behandelnde:r Arzt / Ärztin, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.

Ort, Datum	✗ Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in	✗ Unterschrift verantwortliche ärztliche Person	Name der verantwortlichen ärztlichen Person in Druckbuchstaben
Ort, Datum	✗ Unterschrift Mutter (Trio Analyse)	Ort, Datum	✗ Unterschrift Vater (Trio Analyse)

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE - EINWILLIGUNG ZUM HOCHLADEN DER ERGEBNISSE

Ich bin damit einverstanden, dass Dokumente, die Ergebnisse der oben genannten genetischen Untersuchung(en) beinhalten, durch die beauftragende verantwortliche ärztliche Person/Arztpraxis/Klinik in meine elektronische Patientenakte eingestellt werden.

Mir ist bekannt, dass

- die Einwilligung bis auf Widerruf für alle Dokumente, die die Ergebnisse der genannten genetischen Untersuchung(en) beinhalten, gilt.
- ich die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.
- Im Falle eines Widerrufs stellt die Arztpraxis künftig keine Dokumente, die Ergebnisse der oben genannten genetischen Untersuchung(en) enthalten, in die ePA ein.

Ort, Datum	Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in

MEDICOVER GENETICS

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG – BEHANDLUNGSVERTRAG (PRIVATVERSICHERTE)

Hiermit bestätige ich die Kostenübernahme der beauftragten Leistungen, gegebenenfalls zuzüglich Auslagen nach §10 GOÄ. Im Falle einer Ablehnung der Kostenerstattung müssen die Ansprüche von mir gegenüber meinem Kostenträger selbst durchgesetzt werden.

Unser Abrechnungs-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: info@medicover-diagnostics.de.

Ort, Datum | Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG – IGeL (INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLEISTUNG)

Es ist mir bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt. Mir ist bekannt, dass für diese Leistung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen kein Erstattungsanspruch besteht. Ich beauftrage dennoch die oben genannten Leistungen. Hiermit bestätige ich die Kostenübernahme der beauftragten Leistungen, gegebenenfalls zuzüglich Auslagen nach §10 GOÄ.

Unser Abrechnungs-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: info@medicover-diagnostics.de.

Ort, Datum | Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in

ABRECHNUNG NACH GOÄ (PRIVATPATIENTEN) DURCH PVS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim a. d. Ruhr, wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.

Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung. Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen somit der beruflichen Verschwiegenheit sowie den Bestimmungen des Datenschutzes, so wie sie bei Ärztinnen und Ärzten vorgeschrieben sind.

Die Honorarforderungen der Leistungserbringer werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen, zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen der Leistungserbringer, welche insoweit Herren des Verfahrens bleiben. Im Falle eines Rechtsstreits ist die PVS-Prozesspartei, und die Leistungserbringer sind gegebenenfalls Zeugen.

Die Behandlung ist nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen oder die Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiterverarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Abtretung und Übermittlung der zur Rechnungserstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die oben genannten PVS-Unternehmen ein und entbinde insoweit die Leistungserbringer und deren berufsmäßige Gehilfen von der Schweigepflicht.

Ort, Datum | Unterschrift Patient:in / Versicherter:in | Unterschrift abweichende:r Rechnungsempfänger:in

KONTAKT

MEDICOVER GENETICS

TRÄGERGESELLSCHAFTEN

[1] Genetik Berlin-Lichtenberg GmbH
Trägergesellschaft der Medicover Humangenetik Berlin-Lichtenberg MVZ und der Medicover Humangenetik Berlin-Friedrichsfelde MVZ

[2] MVZ Humangenetik Köln GmbH
Trägergesellschaft des MVZ Humangenetik Köln

[3] MVZ Martinsried GmbH
Trägergesellschaft des MVZ Martinsried

ADRESSE FÜR PROBENZUSENDUNG

BITTE WÄHLEN SIE EINEN DER DREI UNTEN STEHENDEN LABORSTANDORTE FÜR DIE PROBENZUSENDUNG AUS:

MVZ Berlin-Lichtenberg[1]
Plauener Str. 163-165, Haus N
13053 Berlin
GERMANY

Tel.: +49 30 92090727
Fax: +49 30 92090741
www.medicover-diagnostics.de
info@medicover-diagnostics.de

MVZ Humangenetik Köln[2]
Josef-Haubrich-Hof 3-5
50676 Köln
GERMANY

Tel: +49 221 888478-20
Fax: +49 221 888478-19
www.medicover-diagnostics.de
info@medicover-diagnostics.de

MVZ Martinsried[3]
Lochhamer Str. 29
82152 Martinsried
GERMANY

Tel: +49 89 895578-0
Fax: +49 89 895578-780
www.medicover-diagnostics.de
info@medicover-diagnostics.de

GENETISCHE FACHARZTPRAXEN

UNSERE STANDORTE FÜR GENETISCHE BERATUNG:

Augsburg[3]
Armenhausgasse 18
86150 Augsburg
Terminvereinbarung Tel.: +49 821 5145-01

Berlin-Friedrichsfelde[1]
Rosenfelder Straße 15-16
10315 Berlin
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 5779871-2

Berlin-Lichtenberg[1]
Rosenfelder Straße 15-16
10315 Berlin
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 5779871-2

Berlin-Westend[1]
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 3035566-6

Hannover[1]
Podbielskistr. 122
30177 Hannover
Terminvereinbarung Tel.: +49 511 96540-0

Kempten (Zweigstelle Martinsried)[3]
Robert-Weixler-Str. 50
87439 Kempten
Terminvereinbarung Tel.: +49 89 895578-0

Köln[2]
Josef-Haubrich-Hof 3-5
50676 Köln
Terminvereinbarung Tel.: +49 221 888478-0

Martinsried[3]
Lochhamer Str. 29
82152 Martinsried
Terminvereinbarung Tel.: +49 89 895578-0

UNSERE PARTNERPRAXEN:

Berlin-Mitte
Hausvogteiplatz 3-4 2. OG
10117 Berlin-Mitte
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 2063300-0

München-Ost
Orleansplatz 3
81667 München
Terminvereinbarung Tel.: +49 89 458556-12

Potsdam
Friedrich-Ebert-Straße 33
14469 Potsdam
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 585838-430

öffentlich | MC_GEN_06/25_UA_Pränataldiagnostik-v1