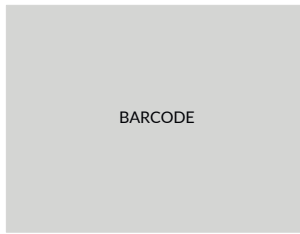


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Geschlecht: M W D X Telefon: _____



UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

IMMUNGENETIK UND IMMUNDEFEKTE

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

EINSENDER (STEMPEL) KOSTENTRÄGER

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

- 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

Indikation: _____

Besteht eine Schwangerschaft / Schwangerschaft der Partnerin: Nein Ja SSW _____ + _____
 Konsanguinität der Eltern: Nein Ja

KLINISCHE SYMPTOMATIK

Angaben zur Familienanamnese

Gibt es in der Familie weitere Betroffene mit ähnlicher Symptomatik? Nein Ja Wenn ja, wer? _____
 Liegen genetische Vorbefunde von Verwandten vor? Nein Ja Wenn ja, bitte Befundkopie beilegen

UNTERSUCHUNGSMATERIAL

Entnahmedatum: _____ EDTA-Blut (2-5 ml) CPDA1-Blut DNA aus _____
 Uhrzeit: _____ Chorionzotten (10-30 mg) Vollblut-Serum (≥ 250 ng; ≥ 100 ng/μl)
 Fruchtwasser (10-20 ml) Nabelschnurblut (0,5 ml) Sonstiges _____

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

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

Diagnostisch Prädiktiv Pränatal

Zieldiagnostik bei familiär bekannter Variante? Ja, bitte Befundkopie beilegen; alternativ, exakte Angabe von Gen, Variante und Transkript:

Gen: _____ Variante: _____ Transkript: _____

HLA-TYPISIERUNG

HLA-Krankheitsassoziationen [1]	Merkmal	RR**
<input type="checkbox"/> Abacavir-Hypersensitivität	B*57:01	33 ***
<input type="checkbox"/> AGS late-onset-Form	B14	48.5
<input type="checkbox"/> AGS Salzverlust-Form	B47	51.0
<input type="checkbox"/> Akute vordere Uveitis	B27	8.2
<input type="checkbox"/> Allopurinol-ind. Stevens-Johnson-S.	B*58:01	580 ***
<input type="checkbox"/> Birdshot-Chorioretinopathie	A29	48.0
<input type="checkbox"/> Carbamazepin-ind. Stevens-Johnson-S.	B*15:02	2504 ***
<input type="checkbox"/> Dermatitis herpetiformis	B8 / DR3 / DR7	17.3
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I	DR4 / DQ3	3.6
	DR3 / DQ2	3.3
<input type="checkbox"/> Juvenile chronische Arthritis	DR8	8.0
<input type="checkbox"/> M. Addison (idiopathisch)	DR3	6.3
<input type="checkbox"/> M. Bechterew (HLA-Subtyp)	B27	69.1
<input type="checkbox"/> M. Reiter	B27	37.0
<input type="checkbox"/> M. Behçet	B5	3.8
<input type="checkbox"/> Narkolepsie (HLA-Subtyp)	DQB1*06:02	129.8
<input type="checkbox"/> Postinfektiöse Arthritis	B27	40.0
<input type="checkbox"/> Psoriasis vulgaris	Cw6	33.0
<input type="checkbox"/> Psoriasis arthropathica	B27	15.0
<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis, shared Epitope	DR4 / DR1 / DR10	4.2
<input type="checkbox"/> Sjögren-Syndrom	DR3	9.7
<input type="checkbox"/> System. Lupus erythematoses	DR3	2.6
<input type="checkbox"/> Zöliakie (HLA-Subtyp)	DQ2 / DQ8 / DQA1	11.0-52.0

Therapierelevante HLA-Merkmale [1]

<input type="checkbox"/> Tebentafusp	A*02:01
--------------------------------------	---------

* Molekulargenetische Nomenklatur

** RR = relatives Risiko, Tiwari JL, Terasaki PI, in HLA and Disease Association, Springer-Verlag (1985), Thorsby E, Human Immunology, 53:1 (1997)

*** Odds Ratio nach Becquemont L, Pharmacogenomics, 11:277 (2010)

Spezielle Typisierungsanforderungen [1]

	low	high		high
HLA-A*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA-E	<input type="checkbox"/>
HLA-B*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA-F	<input type="checkbox"/>
HLA-C*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA-G	<input type="checkbox"/>
HLA-DRB1*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HLA-DRB3* / 4* / 5*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HLA-DQB1*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HLA-DQA1*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HLA-DPB1*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HLA-DPA1*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Blutstammzell-Transplantation

<input type="checkbox"/> Familienspendersuche (HLA-A*, -B*, -DRB1*, -DQB1* high) [1]	<input type="checkbox"/> Ersttypisierung	<input type="checkbox"/> mit HLA-C*
	<input type="checkbox"/> Retypisierung	<input type="checkbox"/> mit HLA-C*
<input type="checkbox"/> Fremdspondersuche (HLA-A*, -B*, -C*, -DRB1*, -DQB1* high) [1]	<input type="checkbox"/> Ersttypisierung	<input type="checkbox"/> mit HLA-DPB1*
	<input type="checkbox"/> Retypisierung	<input type="checkbox"/> mit HLA-DPB1*
<input type="checkbox"/> HLA-Kreuzprobe [2]		
<input type="checkbox"/> HLA-Antikörper-Screening [3]		

Empfohlenes Untersuchungsmaterial

[1] 1ml EDTA-Blut (beschriftet mit Name, Vorname, Geburtsdatum und Entnahmedatum)

[2] CPDA1-Blut des Spenders, Vollblut-Serum des/der Patienten/in

[3] Vollblut-Serum

AUTOINFLAMMATORISCHE ERKRANKUNGEN

PANELDIAGNOSTIK

- Autoinflammatorische Erkrankungen (25 Gene)

EINZELINDIKATIONEN

- Cryopyrin-assoziierte periodische Syndrome / CAPS
(*NLRP3*)
- familiäres Kälteassoziiertes Syndrom / FCAS
- Muckle-Wells-Syndrom / MWS
- NOMID / CINCA
- Familiäres Mittelmeerfieber / FMF
(*MEFV*)
- Mevalonatkinasedefizienz
(*MVK*)
- TNFR-assoziiertes periodisches Syndrom / TRAPS
(*TNFRSF1A*)
- Vexas-Syndrom somatisch
(*UBA1 Exon 3*)

PRIMÄRE IMMUNDEFEKTERKRANKUNGEN

PANELDIAGNOSTIK

- Agammaglobulinämie
(*BLNK, BTK, CD79A, CD79B, IGHM, IGLL1, LRRC8A, PIK3R1*)
- Chronische Granulomatose
(*CYBA, CYBB, G6PD, NCF1 c.75_76delGT, NCF2, NCF4*)
- Defekte der Leukozytenmotilität
(12 Gene)
- Hyper-IgM Syndrome
(*AICDA, CD40, CD40LG, UNG*)
- Kombinierte T- und B-Zellimmunodefekte
(42 Gene)
- Neutropenien, kongenitale
(26 Gene)

EINZELINDIKATIONEN

- Adenosin-Desaminase-2-Mangel / DADA2
(*ADA2*)
- Agammaglobulinämie X-chromosomal / XLA
(*BTK*)
- Autoimmun-Polyendokrinopathie-Syndrom / APECED
(*AIRE*)
- Lymphoproliferatives Syndrom X-chromosomal / XLP1
(*SH2D1A*)
- Neutropenie zyklische / Neutropenie schwere kongenitale / SCN1
(*ELANE*)
- Schwere kombinierter Immundefekt X-chromosomal / X-SCID
(*IL2RG*)
- Shwachman-Diamond-Syndrom
(*SBDS*)
- Wiskott-Aldrich-Syndrom
(*WAS*)

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

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 nachstehenden Punkten: Ich bin damit einverstanden, 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 Zusatzbefunden: 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 Zusatzbefunde möchte ich informiert werden: Ja (kein Anspruch auf Vollständigkeit) Nein (keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet)

***Prädiktive Diagnostik** darf gemäß GenDG nur durch Fachärzte:innen für Humangenetik oder andere Ärzte: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 **X** Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in **X** Unterschrift verantwortliche Ärztliche Person

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

ADRESSE FÜR PROBENZUSENDUNG

Bitte wählen Sie einen der beiden unten stehenden Laborstandorte für die Probenzusendung aus:

MVZ Martinsried
Lochhamer Str. 29
82152 Martinsried
GERMANY

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

MVZ Berlin-Lichtenberg
Plauener Str. 163-165
13053 Berlin
GERMANY

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

GENETISCHE BERATUNGSSTELLEN

Unsere Standorte für genetische Beratung:

Augsburg

Armenhausgasse 18
86150 Augsburg
Terminvereinbarung Tel.: +49 821 514501

Berlin-Lichtenberg

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

Berlin-Mitte

Hausvogteiplatz 3-4 2. OG
10117 Berlin-Mitte
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 79748430

Berlin-Westend

Spandauer Damm 130
14050 Berlin
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 3035566-6

Hannover

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

Kempten (Zweigstelle Martinsried)

Robert-Weixler-Str. 50
87439 Kempten
Terminvereinbarung Tel.: +49 89 895578-0

Martinsried

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