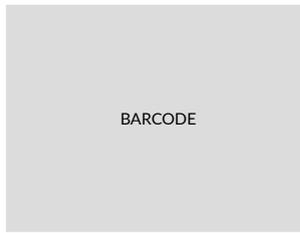


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> X      Telefon: _____		



UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG  
**REPRODUKTIONSMEDIZIN**

Weitere Untersuchungsaufträge finden Sie unter [www.medicover-diagnostics.de](http://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) <sup>[1]</sup>     Serum-Vollblut <sup>[4]</sup>     Ejakulat <sup>[9]</sup>  
Uhrzeit: \_\_\_\_\_     Li-/ Na-Heparin-Blut <sup>[2]</sup> (2-5 ml)     CPDA1-Blut <sup>[5]</sup>     DNA aus \_\_\_\_\_ (≥ 250 ng; ≥ 100 ng/μl)  
 CPDA1-Blut des Mannes für HLA-Crossmatch <sup>[3]</sup>     Abortmaterial <sup>[7]</sup> (10-30 mg)     EDTA-Blut <sup>[6]</sup> (für optische Genomkartierung 2-5 ml, max. 5 Tage alt)     EDTA-Blut <sup>[8]</sup> (für optische Genomkartierung 2-5 ml, max. 5 Tage alt)  
Name des Mannes: \_\_\_\_\_

[1] - [9] siehe Untersuchungsauftrag

**UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG**

Unser Experten-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: [info@medicover-diagnostics.de](mailto: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: \_\_\_\_\_

**GENETISCHE DIAGNOSTIK**
**WEIBLICHE REPRODUKTIONSGENETIK**

## Hormonstatus unauffällig

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>

## Hypergonadotroper Hypogonadismus

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>
- 
- 
- FMR1*
- Prämutation
- <sup>[1]</sup>

## Primäre / Prämatüre Ovarialinsuffizienz / POI

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>
- 
- 
- Molekulare Karyotypisierung (Array CGH)
- <sup>[1]</sup>
- 
- 
- FMR1*
- Prämutation
- <sup>[1]</sup>
- 
- 
- POI-Multigenpanel
- <sup>[1]</sup>

## Hypogonadotroper Hypogonadismus / HH

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>
- 
- 
- HH-Multigenpanel - Kallmann Syndrom
- <sup>[1]</sup>

## AGS, nicht klassisches AGS

- 
- CYP21A2*
- (21-Hydroxylase-Defizienz)
- <sup>[1]</sup>
- 
- 
- AGS Paneldiagnostik (seltene Ursachen AGS)
- <sup>[1]</sup>
- 
- 
- PCOS-Multigenpanel (Polyzystisches Ovarsyndrom)
- <sup>[1]</sup>

## Eizellreifungsstörung

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>
- 
- 
- Meiosestörung-Multigenpanel
- <sup>[1]</sup>

## Störungen der Gonadenfunktion

- 
- Androgeninsensitivität (AR)
- <sup>[1]</sup>
- 
- 
- FSH-Rezeptor-Defizienz (
- FSHR*
- )
- <sup>[1]</sup>

*CFTR*-Stufendiagnostik

- (bei CF-Anlageträgerschaft d. Partners)
- 
- 
- CFTR*
- Komplettsequenzierung und Del.-/Dupl.-Diagnostik
- <sup>[1]</sup>

## Wiederholtes Implantationsversagen

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>
- 
- 
- Submikroskopische Analyse (Optical Genomic Mapping nur nach Rücksprache mit dem Labor)
- <sup>[8]</sup>
- 
- Endometriale Mikrobiomanalyse (ebiom) (Abnahmeset anforderbar, s. Seite 3)

## Habituelle Aborte

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>
- 
- 
- Submikroskopische Analyse (Optical Genomic Mapping nur nach Rücksprache mit dem Labor)
- <sup>[8]</sup>
- 
- 
- Faktor II-G20210A
- <sup>[1]</sup>
- 
- 
- Faktor V-R506Q (Leiden)
- <sup>[1]</sup>
- 
- 
- Annexin A5 M2-Haplotyp (
- ANXA5*
- )
- <sup>[1] ◊</sup>

## Abortgewebe

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[7]</sup>
- 
- 
- Maternaler Kontaminationsausschluss
- <sup>[1] ◊</sup>
- 
- 
- Molekulare Karyotypisierung (Array-CGH)
- <sup>[7] ◊</sup>
- 
- 
- Rezidivierende Molenschwangerschaft Multigenpanel
- <sup>[1]</sup>

**MÄNNLICHE REPRODUKTIONSGENETIK**

## Hormonstatus unauffällig

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>

## Hyper- oder normogonadotroper Hypogonadismus

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>

## Hypogonadotroper Hypogonadismus / HH

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>
- 
- 
- HH-Multigenpanel - Kallmann Syndrom
- <sup>[1]</sup>

## Spermogramm unauffällig

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>
- 
- 
- Spermien DNA Fragmentierungsanalyse (nur nach Rücksprache mit dem Labor)
- <sup>[9] ◊</sup>

## Oligozoospermie

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>
- 
- 
- AZF- Mikrodeletionsanalyse
- <sup>[1]</sup>
- 
- 
- Spermiendefekte-Multigenpanel
- <sup>[1]</sup>

## Azoospermie, nicht obstruktive

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>
- 
- 
- AZF- Mikrodeletionsanalyse
- <sup>[1]</sup>
- 
- 
- Spermiendefekte-Multigenpanel
- <sup>[1]</sup>

## Azoospermie, obstruktive

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>
- 
- 
- CFTR*
- F508del, R117H, 5TAllel
- <sup>[1]</sup>
- 
- 
- CFTR*
- Komplettsequenzierung und Del.-/Dupl.-Diagnostik
- <sup>[1]</sup>
- 
- 
- ADGRG2*
- <sup>[1]</sup>
- 
- 
- Spermiendefekte-Multigenpanel
- <sup>[1]</sup>

## Störungen der Gonadenfunktion

- 
- Androgeninsensitivität (AR)
- <sup>[1]</sup>
- 
- 
- CAG-Repeats im Androgenrezeptor
- <sup>[1]</sup>

## Gehäufte Aborte bei der Partnerin

- 
- Chromosomenanalyse (Karyogramm)
- <sup>[2]</sup>
- 
- 
- Submikroskopische Analyse (Optical Genomic Mapping nur nach Rücksprache mit dem Labor)
- <sup>[8]</sup>
- 
- 
- Annexin A5 M2-Haplotyp (
- ANXA5*
- )
- <sup>[1] ◊</sup>

## AGS, nicht klassisches AGS

- (bei AGS-Anlageträgerschaft d. Partnerin)
- 
- 
- CYP21A2*
- (21-Hydroxylase-Defizienz)
- <sup>[1]</sup>
- 
- 
- AGS Paneldiagnostik (seltene Ursachen AGS)
- <sup>[1]</sup>

**CARRIER-SCREENING / BEIDE PARTNER**

Nur nach Beratung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Humangenetik möglich

- 
- Carrier-Screening für Paare mit Kinderwunsch nach ACMG 2021 TIER 3 (97 autosomal rezessive Gene mit einer Heterozygotenfrequenz > 1:200 / bei Frauen zusätzlich 16 X-gebundene Gene) ◊
- 
- 
- Carrier-Screening risikospezifiziert für Paare mit Konsanguinität und / oder belasteter Familienanamnese ACMG 2021 TIER 4 (nach Rücksprache) ◊

Zeichenerklärung: ◊ Selbstzahlerleistung / IGeL

## IMMUNGENETIK / IMMUNBIOLOGIE

### HLA-Typisierung (molekulargenetisch) [1]

 HLA-A/B/C/DR/DQ

 HLA-C

### HLA Antikörper-Screening [4]

 HLA-Klasse I und II

### HLA-Crossmatch

 Benötigtes Material: [4] Serum der Frau und [3] CPDA des Mannes.

Name des Mannes bitte auf Seite 1 angeben!

Die Befundung erfolgt unter dem Namen der Frau.

### KIR-Typisierung (molekulargenetisch) [1]

 KIR-Genotypisierung

### Autoimmundiagnostik [4]

 ANA

 DDNA

 ENA

  $\beta$ 2-Glykoprotein (IgG, M)

 Cardiolipin (IgG, M)

 Gewebstransglutaminase (IgA, G)

 Gliadin (IgA,G)

 TAK

 MAK

 TRAK

 Rheumafaktor

### Zellulärer Immunstatus [1]+[5]

 Lymphozytensubpopulationen

### Zytokin-Assays [2]

 Th1-/Th2-Ratio

*Probeneingang möglichst frisch und nur Mo - Do.  
Bei Probeneingang Freitags und vor Feiertagen leider keine Bearbeitung möglich.*

### Zytokine [4]

 TNF-  $\alpha$ 
 IL-6

*Bei Versand über Nacht das Material abzentrifugieren,  
abseren und einfrieren*

[1] = EDTA-Blut (2-5 ml), [2] = Li-/Na-Heparin-Blut, [3] = CPDA-Blut des Mannes, [4] = Serum-Vollblut, [5] = CPDA-Blut

## LABORDIAGNOSTIK

### Endometriale Mikrobiomanalyse (ebiom)

Bei Fragen oder zur Bestellung von Abnahmesets kontaktieren Sie uns bitte unter +49 89895578-0 oder schreiben Sie eine E-Mail an [orders@medicover-diagnostics.de](mailto:orders@medicover-diagnostics.de) oder senden Sie ein Fax an +49 89895578-793.

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 <https://www.medicover-diagnostics.de/lvz>



**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

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

\_\_\_\_\_  
Name der verantwortlichen ärztlichen Person in Druckbuchstaben

**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](mailto:info@medicover-diagnostics.de).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in

**KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG – IGeL (INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLAISTUNG)**

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](mailto:info@medicover-diagnostics.de).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in

## 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<sup>[1]</sup>

Plauer Str. 163-165, Haus N  
13053 Berlin  
GERMANY

Tel.: +49 30 92090727

Fax: +49 30 92090741

[www.medicover-diagnostics.de](http://www.medicover-diagnostics.de)

[info@medicover-diagnostics.de](mailto:info@medicover-diagnostics.de)

### MVZ Humangenetik Köln<sup>[2]</sup>

Josef-Haubrich-Hof 3-5  
50676 Köln  
GERMANY

Tel.: +49 221 888478-20

Fax: +49 221 888478-19

[www.medicover-diagnostics.de](http://www.medicover-diagnostics.de)

[info@medicover-diagnostics.de](mailto:info@medicover-diagnostics.de)

### MVZ Martinsried<sup>[3]</sup>

Lochhamer Str. 29  
82152 Martinsried  
GERMANY

Tel.: +49 89 895578-0

Fax: +49 89 895578-780

[www.medicover-diagnostics.de](http://www.medicover-diagnostics.de)

[info@medicover-diagnostics.de](mailto:info@medicover-diagnostics.de)

## GENETISCHE FACHARZTPRAXEN

UNSERE STANDORTE FÜR GENETISCHE BERATUNG:

### Augsburg<sup>[3]</sup>

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

### Berlin-Friedrichsfelde<sup>[1]</sup>

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

### Berlin-Lichtenberg<sup>[1]</sup>

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

### Berlin-Westend<sup>[1]</sup>

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

### Hannover<sup>[1]</sup>

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

### Kempten (Zweigstelle Martinsried)<sup>[3]</sup>

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

### Köln<sup>[2]</sup>

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

### Martinsried<sup>[3]</sup>

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