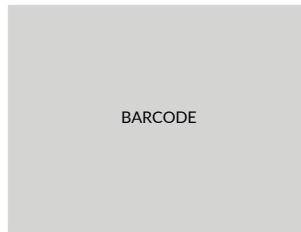


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG
REPRODUKTIONS-MEDIZIN

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

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: _____

Uhrzeit: _____

<input type="checkbox"/> EDTA-Blut (2-5 ml) ^[1]	<input type="checkbox"/> CPDA1-Blut ^[5]	<input type="checkbox"/> Ejakulat ^[9]
<input type="checkbox"/> Li-/ Na-Heparin-Blut ^[2] (2-5 ml)	<input type="checkbox"/> Natriumfluorid-Blut ^[6]	<input type="checkbox"/> DNA aus _____ (≥ 250 ng; ≥ 100 ng/μl)
<input type="checkbox"/> Citrat-Blut ^[3]	<input type="checkbox"/> Abortmaterial ^[7] (10-30 mg)	
<input type="checkbox"/> Vollblut-Serum ^[4]	<input type="checkbox"/> EDTA-Blut ^[8] (für optische Genomkartierung 2-5 ml, max. 5 Tage alt)	

[1] – [9] siehe Untersuchungsauftrag

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: _____



GENETISCHE DIAGNOSTIK

WEIBLICHE REPRODUKTIONSGENETIK

Hormonstatus unauffällig

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

Hypergonadotroper Hypogonadismus

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

FMR1-Prämutation ^[1]

Primäre / Prämatüre Ovarialinsuffizienz / POI

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

Molekulare Karyotypisierung (Array CGH) ^[1]

FMR1-Prämutation ^[1]

POI-Multigenpanel ^[1]

Hypogonadotroper Hypogonadismus / HH

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

HH-Multigenpanel - Kallmann Syndrom ^[1]

AGS, nicht klassisches AGS

CYP21A2 (21-Hydroxylase-Defizienz) ^[1]

AGS Paneldiagnostik (seltene Ursachen AGS) ^[1]

PCOS-Multigenpanel (Polyzystisches Ovarsyndrom) ^[1]

Eizellreifungsstörung

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

Meiosestörung-Multigenpanel ^[1]

Störungen der Gonadenfunktion

Androgeninsensitivität (AR) ^[1]

FSH-Rezeptor-Defizienz (FSHR) ^[1]

CFTR-Stufendiagnostik

(bei CF-Anlageträgerschaft d. Partners)

CFTR-Komplettsequenzierung und Del.-/Dupl.-Diagnostik ^[1]

Wiederholtes Implantationsversagen

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

Submikroskopische Analyse (Optical Genomic Mapping nur nach Rücksprache mit dem Labor) ^[8]

Endometriale Mikrobiomanalyse (ebiom) (Abnahmeset anforderbar, s. Seite 3)

Habituelle Aborte

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

Submikroskopische Analyse (Optical Genomic Mapping nur nach Rücksprache mit dem Labor) ^[8]

Faktor II-G20210A ^[1]

Faktor V-R506Q (Leiden) ^[1]

Annexin A5 M2-Haplotyp (ANXA5) ^{[1] ♦}

Abortgewebe

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

Maternaler Kontaminationsausschluss ^{[1] ♦}

Molekulare Karyotypisierung (Array-CGH) ^{[7] ♦}

Rezidivierende Molenschwangerschaft Multigenpanel ^[1]

MÄNNLICHE REPRODUKTIONSGENETIK

Hormonstatus unauffällig

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

Hyper- oder normogonadotroper Hypogonadismus

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

Hypogonadotroper Hypogonadismus / HH

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

HH-Multigenpanel - Kallmann Syndrom ^[1]

Spermiogramm unauffällig

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

Spermien DNA Fragmentierungsanalyse (nur nach Rücksprache mit dem Labor) ^{[9] ♦}

Oligozoospermie

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

AZF- Mikrodeletionsanalyse ^[1]

Spermiendefekte-Multigenpanel ^[1]

Azoospermie, nicht obstruktive

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

AZF- Mikrodeletionsanalyse ^[1]

Spermiendefekte-Multigenpanel ^[1]

Azoospermie, obstruktive

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

CFTR F508del, R117H, 5TAllel ^[1]

CFTR-Komplettsequenzierung und Del.-/Dupl.-Diagnostik ^[1]

ADGRG2 ^[1]

Spermiendefekte-Multigenpanel ^[1]

Störungen der Gonadenfunktion

Androgeninsensitivität (AR) ^[1]

CAG-Repeats im Androgenrezeptor ^[1]

Gehäufte Aborte bei der Partnerin

Chromosomenanalyse (Karyogramm) ^[2]

Submikroskopische Analyse (Optical Genomic Mapping nur nach Rücksprache mit dem Labor) ^[8]

Annexin A5 M2-Haplotyp (ANXA5) ^{[1] ♦}

AGS, nicht klassisches AGS

(bei AGS-Anlageträgerschaft d. Partnerin)

CYP21A2 (21-Hydroxylase-Defizienz) ^[1]

AGS Paneldiagnostik (seltene Ursachen AGS) ^[1]

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) [♦]

IMMUNGENETIK / IMMUNBIOLOGIE
HLA-Typisierung (molekulargenetisch) ^[1] HLA-A/B/C/DR/DQHLA Antikörper-Screening ^[4] HLA-Klasse I und II

HLA-Crossmatch

 Frau ^[4], Mann ^[5]KIR-Typisierung (molekulargenetisch) ^[1] KIR-GenotypisierungAutoimmundiagnostik ^[4] ANA DDNA ENA β 2-Glykoprotein (IgG, A, M) Cardiolipin (IgG, M) Gewebstransglutaminase (IgA, G) Gliadin (IgA,G) TAK MAK TRAK ^[F] RheumafaktorZellulärer Immunstatus ^{[1]+[5]} LymphozytensubpopulationenZytokin-Assays ^[2] Th1-/Th2-Ratio *Zytokine ^{[4] **} TNF- α IL-6
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 info@medicover-diagnostics.de oder senden Sie ein Fax an +49 89895578-793.

Zeichenerklärung: ^[F] Fremduntersuchung, ^{**} bei Versand über Nacht Material einfrieren, \diamond Selbstzahlerleistung / IGeL

* über Nacht Lieferung, d.h. Probeneingang Montag - Donnerstag bis 9:00 Uhr; Freitags bitte keine Zytokin-Proben senden

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 behandelnder Arzt/Ärztin, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.

Ort, Datum **X** _____ **X** _____
Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in 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 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

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

GENETISCHE FACHARZTPRAXEN

Unsere Standorte für genetische Beratung:

Augsburg

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

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 2063300-0

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

Köln

Josef-Haubrich-Hof 3-5
50676 Köln
Terminvereinbarung Tel.: +49 221 888 478-0

Martinsried

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

München-Ost

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

Potsdam

Friedrich-Ebert-Straße 33
14469 Potsdam
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 58 58 38-430