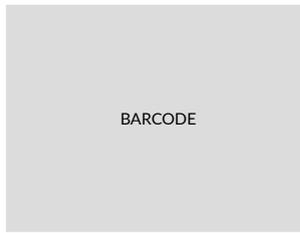


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> X      Telefon: _____		



UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG  
**EXOM-DIAGNOSTIK**

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**

Bitte machen Sie möglichst vollständige Angaben zur klinischen Symptomatik Ihrer Patientin / Ihres Patienten. Diese Angaben werden zur bioinformatischen Filterung detektierter Varianten bei der Analyse eingesetzt und sind deshalb entscheidend, um ursächliche Veränderungen zu identifizieren und bestmöglich zu interpretieren. Auch Informationen zu nicht vorhandenen Symptomen oder nicht erfolgten Untersuchungen können hilfreich sein.

Wählen Sie die phänotypischen Merkmale bitte möglichst vollständig in der untenstehenden Liste postnatale bzw. pränatale Analysen aus, gegebenenfalls bitten wir um individuelle Ergänzung.

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)     DNA aus \_\_\_\_\_     Sonstiges \_\_\_\_\_  
 Uhrzeit: \_\_\_\_\_     Chorionzotten (10-30 mg)    (≥ 250 ng; ≥ 100 ng/μl)  
     Fruchtwasser (10-20 ml)  
     Li-Heparin-Blut  
    (5-10 ml, 500IE Li-Heparin/ml)

Mutter:     EDTA-Blut (2-5 ml)     DNA aus EDTA-Blut (≥ 250 ng; ≥ 100 ng/μl)  
 maternaler Kontaminationstest     gewünscht     bereits erfolgt und unauffällig

Vater:     EDTA-Blut (2-5 ml)     DNA aus EDTA-Blut (≥ 250 ng; ≥ 100 ng/μl)

## 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 (bitte HPO-terms ab Seite 3 auswählen)

Pränatal (bitte „PRÄNATALE ANALYSEN“ ab Seite 5 ausfüllen)

### Exom-Sequenzierung

Trio-Exom-Sequenzierung  Duo-Exom-Sequenzierung  Single-Exom-Sequenzierung

(bitte NUR anfordern, falls Probe(n) von Elternteil(en) keinesfalls zur Verfügung stehen)

### Diagnostik Entwicklungsstörungen

Fragiles X-Syndrom, FRAXA (FMR1)

### Zytogenomik

Mikroarray-Analyse

Optische Genomkartierung (zusätzlich 2-5 ml frisches EDTA-Blut)

Chromosomenanalyse (obligate Voruntersuchung vor Mikroarray-Analyse bzw. Optische Genomkartierung zusätzlich 2-5 ml Li- oder Na-Heparin-Blut)

## TRIO-EXOM

Name und Geburtsdatum der Eltern (bitte in Druckschrift)

Mutter Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vater Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bitte für beide Eltern einen Laborüberweisungsschein Muster 10 beifügen

**POSTNATALE ANALYSEN**
**Vorgeburtliche Anamnese**

- Normal  
 Frühgeburt (HP:0001622)  
 Intrauterine Wachstumsretardierung (IUGR, HP:0001511)  
 Polyhydramnion (HP:0001561)  
 Oligohydramnion (HP:0001562)  
 Verringerte fötale Bewegungen (HP:0001558)  
 Antenatale intracraniale Blutung (Intracranial hemorrhage HP:0002170)  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Gehirnauffälligkeiten**

- Nicht untersucht / unbekannt  
 Normales Gehirn-MRT  
 Hypoplasie Corpus callosum (HP:0007370)  
 Agenesie Corpus callosum (HP:0001274)  
 Kleinhirnatrophie / -hypoplasie (HP:0007360)  
 Kleinhirnwurma / -hypoplasie (HP:0006817)  
 Myelinisierungsstörung (HP:0012447)  
 Lissenzephalie (HP:0001339)  
 Schizenzephalie (HP:0010636)  
 Porenzephalie (HP:0002132)  
 Pachygyrie (HP:0001302)  
 Polymikrogyrie (HP:0002126)  
 Heterotopien (HP:0002282)  
 Auffälligkeiten der Basalganglien (HP:0002134)  
 Leukenzephalopathie (HP:0002352)  
 Hirnatrophie (HP:0012444)  
 Ventrikulomegalie (HP:0002119)  
 Hydrozephalus (HP:0000238)  
 Holoprosenzephalie (HP:0001360)  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Entwicklungsstörungen**

- Nicht untersucht / unbekannt  
 Keine Entwicklungsstörungen  
 Keine geistige Behinderung  
 Intelligenzminderung  
      mild,  moderat,  schwer  
     (HP:0001256, HP:0002342, HP:0010864)  
 Globale Entwicklungsverzögerung  
      mild,  moderat,  schwer  
     (HP:0001263, HP:0011343, HP:0011344)  
 Motorische Entwicklungsverzögerung (HP:0001270)  
 Sprachentwicklungsverzögerung (HP:0000750)  
 Autismus-Spektrum-Störung (Autism HP:0000717)  
 Entwicklungsrückschritte (HP:0002376)  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Neurologische Symptome**

- Keine neurologischen Symptome  
 Anfälle ( generalisiert /  fokal)  
 Enzephalopathie (HP:0001298)  
 Verminderte Nervenleitgeschwindigkeit (HP:0000762)  
 Neuropathie ( motorisch /  sensorisch)  
 Ataxie (HP:0001251)  
 Tremor (HP:0001337)  
 Dystonie (HP:0001332)  
 Chorea (HP:0002072)  
 Spastik (HP:0001257)  
 Gangstörung (HP:0001288)  
 Nystagmus (HP:0000639)  
 Migräne (HP:0002076)  
 Schlafstörungen (HP:0002360)  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Muskel-Skelett-Erkrankungen**

- Nicht untersucht / unbekannt  
 Keine muskulären Auffälligkeiten  
 Keine skelettalen Auffälligkeiten  
 Muskelhypotonie (HP:0001252)  
 Muskelhypertonie (HP:0001276)  
 Erhöhte Creatinkinase (CK, HP:0003236)  
 Ptose (HP:0000508)  
 Arthrogyrose, distal (HP:0005684)  
 Arthrogyrosis multiplex congenita (HP:0002804)  
 Minder- / Kleinwuchs (HP:0004322)  
 Skelettdysplasie (HP:0002652)  
 Großwuchs (HP:0000098)  
 Gelenk Hypermobilität (HP:0001382)  
 Hand- /  Fuß-Polydaktylie (HP:0001161 / HP:0001829)  
 Hand- /  Fuß-Syndaktylie  
     welche: \_\_\_\_\_  
 Kamptodaktylie der Finger (HP:0100490)  
 Klumpfuß (HP:0001883)  
 Skoliose (HP:0002650)  
 Trichterbrust (HP:0000768)  
 Kielbrust (HP:0000768)  
 erhöhte Knochendichte (HP:0011001)  
 Osteoporose (HP:0000939)  
 Verzögerte Knochenreife (HP:0002750)  
 Exostosen (HP:0002762)  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Kraniofaziale Auffälligkeiten**

- Nicht untersucht / unbekannt  
 Keine kraniofazialen Auffälligkeiten  
 Makrozephalie (HP:0000256)  
 Mikrozephalie (HP:0000252)  
 Kraniosynostose (HP:0001363)  
 Breite / prominente Stirn (HP:0000337 / HP:0011220)  
 Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (Oral cleft HP:0000202)  
 Hypertelorismus (HP:0000316)  
 Hypotelorismus (HP:0000601)  
 Nasen-Auffälligkeiten  
 Ohrenfehlbildung (Abnormality of the outer ear HP:0000356)  
 Mikrognathie (HP:0000347)  
 Oligodontie (HP:0000677)  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Metabolische und endokrine**

**Auffälligkeiten**

- Nicht untersucht / unbekannt
- Keine metabolischen Auffälligkeiten
- Keine endokrinen Auffälligkeiten
- Gedeihstörung (HP:0001508)
- Hemihypertrophie (HP:0001528)
- Adipositas (HP:0001513)
- Mitochondriopathie (Abnormality of the mitochondrion HP:0012103)
- Laktatazidose (HP:0003128)
- Proteinurie (HP:0000093)
- Hyperglykämie (HP:0003074)
- Hypoglykämie (HP:0001943)
- Ketose (HP:0001946)
- Diabetes mellitus (HP:0000819)
- Diabetes insipidus (HP:0009806)
- Hypothyreose (HP:0000821)
- Hyperkalzämie (HP:0003072)
- Hypoparathyroidismus (HP:0000829)
- Exokrine Pankreasinsuffizienz (HP:0001738)
- Hypogonadismus (HP:0000135)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Gehördefekte und Störungen des**

**Gleichgewichtssinns**

- Nicht untersucht / unbekannt
- Keine Gehördefekte
- Keine Störungen des Gleichgewichtssinns
- Sensorineurale Schwerhörigkeit (HP:0000407)
  - bilateral
- Schallleitungsschwerhörigkeit (HP:0000405)
- Störungen des Vestibularapparats (HP:0001751)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Atemwegsbeschwerden und**

**Respiratorische Symptome**

- Nicht untersucht / unbekannt
- Keine respiratorischen Auffälligkeiten
- Respiratorische Insuffizienz (HP:0002093)
- Atemstillstand / Apnoe (HP:0002878)
- Wiederkehrende Infektionen (HP:0002719)
- Bronchiektasie (HP:0002110)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Kardiovaskuläre Erkrankungen**

- Nicht untersucht / unbekannt
- Keine kardiovaskulären Auffälligkeiten
- Atriumseptumdefekt (HP:0001631)
- Ventrikelseptumdefekt (HP:0001629)
- Pulmonalstenose (HP:0001642)
- Herzfehler: \_\_\_\_\_
- Kardiomyopathie:
  - HCM (HP:0001639)
  - DCM (HP:0001644)
- Arrhythmie (HP:0011675)
- Aortenaneurysma (HP:0004942)
- Auffälligkeiten des Gefäßsystems (HP:0002597)
- Pulmonalarterielle Hypertonie (HP:0002092)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Immunologische und hämatologische**

**Auffälligkeiten**

- Nicht untersucht / unbekannt
- Keine immunologischen Auffälligkeiten
- Keine hämatologischen Auffälligkeiten
- Autoinflammatorische Erkrankung (Abnormal inflammatory response HP:0012647)
- Immundefizienz (HP:0002721)
- Rezidivierende Infekte (HP:0002719)
- Anämie (HP:0001903): \_\_\_\_\_
- Neutropenie (HP:0001875)
- Thrombozytopenie (HP:0001873)
- Gerinnungsstörung (HP:0001928)
- Hämochromatose (Abnormality of iron homeostasis HP:0011021)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Auffälligkeiten der Haut, Nägel und Haare**

- Keine Auffälligkeiten der Haut, Nägel und Haare
- Café-au-lait-Flecken, multipel (HP:0007565)
- Naevus (HP:0003764)
- Albinismus (HP:0001022)
- Hypopigmentierung (HP:0001010)
- Hyperpigmentierung (HP:0000953)
- Ekzeme (HP:0000964)
- Ichthyose (HP:0008064)
- Dysplastische Nägel (HP:0002164)
- Anhidrose (HP:0000970)
- Hyperhidrose (HP:0000975)
- Alopezie (HP:0001596)
- Hypertrichose (HP:0000998)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Augendefekte**

- Nicht untersucht / unbekannt
- Keine Augendefekte
- Visuelle Beeinträchtigung (HP:0000504): \_\_\_\_\_
  - bilateral
- Retinopathie (HP:0000488)
- Anophthalmie (HP:0000528)
  - bilateral
- Mikrophthalmie (HP:0007633)
  - bilateral
- Strabismus (HP:0000486)
  - bilateral
- Angeborene Katarakt (HP:0000519)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Sonstige Auffälligkeiten**

---



---



---



---



---

## PRÄNATALE ANALYSEN

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

Sollten Sie Hilfe bei der Erstellung der HPO-terms benötigen, kontaktieren Sie uns gerne unter: [info@medicover-diagnostics.de](mailto:info@medicover-diagnostics.de)

SSW laut Ultraschall: SSW \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ Anzahl der Feten: \_\_\_\_\_

Geschlecht des Feten:  weiblich  männlich  unbekannt

## SONOGRAPHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN

(bitte Ultraschallbefund beilegen):

- erhöhte NT >3,5mm
- V.a. Noonan-Syndrom
- Hydrops fetalis (HP:0001789)
- 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)

### 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)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

## 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](http://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 den nachstehenden Punkten und bestätige, dass ich:**

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

Sollten bei der Untersuchung klinisch relevante Varianten nachgewiesen werden, wünschen wir eine gesonderte Befundmitteilung, von welchem Elternteil diese ererbt wurden (Gesetzlich versicherte Eltern: Laborüberweisungsschein Muster 10 / Selbstzahler oder privat versicherte Eltern: Abrechnung nach GOÄ)

Ja  Nein

**Aufklärung zu Zufallsbefunden:** In seltenen Fällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit diesem Untersuchungsauftrag stehen, die nach aktuellem Wissenstand (analog zu Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben

- |              |   |  |
|--------------|---|--|
| Indexpatient | <input type="checkbox"/> Ja (kein Anspruch auf Vollständigkeit) | <input type="checkbox"/> Nein (keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet) |
| Mutter       | <input type="checkbox"/> Ja (kein Anspruch auf Vollständigkeit) | <input type="checkbox"/> Nein (keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet) |
| Vater        | <input type="checkbox"/> Ja (kein Anspruch auf Vollständigkeit) | <input type="checkbox"/> 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.**

_____	<b>X</b>	_____	<b>X</b>	_____	_____
Ort, Datum		Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in		Unterschrift verantwortliche ärztliche Person	Name der verantwortlichen ärztlichen Person in Druckbuchstaben
_____	<b>X</b>	_____	_____	<b>X</b>	_____
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**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

## 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](http://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

## 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