

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



UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG
HERZERKRANKUNGEN

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? _____

Kardiale Symptomatik

<input type="checkbox"/> Synkopen	<input type="checkbox"/> rechts-ventrikuläre Dilatation	<input type="checkbox"/> Vorhofseptumdefekt
<input type="checkbox"/> Hypertrophe Kardiomyopathie	<input type="checkbox"/> Strukturanomalien des Myokards: _____	<input type="checkbox"/> Ventrikelseptumdefekt
<input type="checkbox"/> ventrikuläre Septum- Hypertrophie: _____ mm	<input type="checkbox"/> Linksventrikuläre Noncompaction Kardiomyopathie	<input type="checkbox"/> Fallot-Tetralogie
<input type="checkbox"/> links-ventrikuläre Hypertrophie: _____ mm	<input type="checkbox"/> reduzierte links-ventrikuläre Ejektionsfraktion: _____ mm	<input type="checkbox"/> Hypoplastisches Linksherzsyndrom
<input type="checkbox"/> plötzlicher Herztod / Herzstillstand	<input type="checkbox"/> reduzierte rechts-ventrikuläre Ejektionsfraktion: _____ mm	<input type="checkbox"/> Aortenstenose
<input type="checkbox"/> Dilatative Kardiomyopathie		<input type="checkbox"/> Pulmonalstenose
<input type="checkbox"/> links-ventrikuläre Dilatation		<input type="checkbox"/> Atrioventrikulärer Septumdefekt
		<input type="checkbox"/> Klappenfehler (Welcher: _____)

EKG-Auffälligkeiten

<input type="checkbox"/> QTc-Zeit Verlängerung: _____ ms	<input type="checkbox"/> Epsilon-Welle	<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern
<input type="checkbox"/> Torsaden	<input type="checkbox"/> ST-Segment-Hebung	<input type="checkbox"/> Kammerflimmern
<input type="checkbox"/> Stress-induzierte polymorphe ventrikuläre Tachykardien	<input type="checkbox"/> T-Wellen-Negativierung	<input type="checkbox"/> atrioventrikulärer Block
<input type="checkbox"/> Brugada Typ1-EKG	<input type="checkbox"/> Delta-Welle	<input type="checkbox"/> Rechtsschenkelblock
<input type="checkbox"/> J-Welle	<input type="checkbox"/> ventrikuläre Tachykardie	<input type="checkbox"/> Linksschenkelblock
	<input type="checkbox"/> ventrikuläre Extrasystolen	

Laborparameter (bitte entsprechende (auffällige) Laborbefunde mitsenden)

- Gesamt Cholesterin: _____
 LDL-Cholesterin: _____
 auffälliger Enzymwert: _____
 HDL-Cholesterin: _____
 Triglyceride: _____

Sonstige Auffälligkeiten

- sensorineurale Schwerhörigkeit
 Systolischer Blutdruck: _____
 Raucher
 periodische Paralyse
 Diabetes Mellitus
 Sonstige Auffälligkeiten: _____

Vererbung - Hinweise auf:

- autosomal-dominant
 autosomal-rezessiv
 X-chromosomal

UNTERSUCHUNGSMATERIAL

- Entnahmedatum: _____
 EDTA-Blut (2-5 ml)
 DNA aus _____
 Uhrzeit: _____
 Chorionzotten (10-30 mg)
 (≥ 250 ng; ≥ 100 ng/μl)
 Fruchtwasser (10-20 ml)
 Sonstiges _____
 Li-Heparin-Blut
 (5-10 ml, 500IE Heparin/ml)

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: _____

Für die Anforderung einer Exom-Diagnostik bitte den Untersuchungsauftrag Exom-Diagnostik verwenden.

ARRHYTHMOGENE ERKRANKUNGEN

Empfohlen*	Erweitert**	Indikation
<input type="checkbox"/> (92 Gene) <input type="checkbox"/> (52 Gene) <input type="checkbox"/> (11 Gene) <input type="checkbox"/> (4 Gene) <input type="checkbox"/> (8 Gene) <input type="checkbox"/> (SCN5A) <input type="checkbox"/> (19 Gene) <input type="checkbox"/> (16 Gene) <input type="checkbox"/> (11 Gene) <input type="checkbox"/> (8 Gene)	<input type="checkbox"/> (139 Gene) <input type="checkbox"/> (66 Gene) <input type="checkbox"/> (19 Gene) <input type="checkbox"/> (10 Gene) <input type="checkbox"/> (19 Gene)	arrhythmogene (Ionenkanal-) Erkrankungen und Kardiomyopathien arrhythmogene (Ionenkanal-) Erkrankung Long QT-Syndrom / LQTS Short QT-Syndrom / SQTs Catecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie / CPVT Brugada-Syndrom / BrS Reizweiterleitungsstörung / CCD Sinusknotendysfunktion Vorhofflimmern Frühes Repolarisationssyndrom
<input type="checkbox"/> (52 Gene) <input type="checkbox"/> (20 Gene) <input type="checkbox"/> (34 Gene) <input type="checkbox"/> (10 Gene) <input type="checkbox"/> (10 Gene) <input type="checkbox"/> (16 Gene)	<input type="checkbox"/> (92 Gene) <input type="checkbox"/> (59 Gene) <input type="checkbox"/> (66 Gene)	Kardiomyopathien Dilatative Kardiomyopathie / DCM Hypertrophe Kardiomyopathie / HCM Restriktive Kardiomyopathie / RCM Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie / ARVC Non-compaction Kardiomyopathie / NCCM

* Beinhaltet diejenigen Gene für die eine Untersuchungsempfehlung gemäß der European Heart Rhythm Association (EHRA), der Heart Rhythm Society (HRS), der Asia Pacific Heart Rhythm Society (APHRS) und der Latin American Heart Rhythm Society (LAHRS) vorliegt.

** erweitert um Gene mit derzeit noch nicht hinreichend geklärt Krankheitsrelevanz (Gene unklarer Signifikanz).

- Kardiomyopathien, mitochondrial (14 nukleare Gene, *mt-ATP6*, *mt-ATP8*, *mt-tRNAs*)
- Mavacamten-Therapie (*CYP2C19*)

HERZFEHLER

- Angeborene Herzfehler (95 Gene)
 - Isolierte und syndromale Herzfehler (61 Gene)
 - Alagille-Syndrom (*JAG1*, *NOTCH2*)
 - Heterotaxie (13 Gene)
- RASopathien (inkl. Noonan-Syndrom)**
 - Stufe I (*PTPN11*)
 - Stufe II (20 weitere Gene)
- Klassische Chromosomenanalyse (Heparin-Blut erforderlich)
 - FISH-Analyse 22q11.2 (DiGeorge-Syndrom)
 - FISH-Analyse 7q11.23 (Williams-Beuren-Syndrom)
- Mikroarray-Analyse

BINDEGEWEBS- UND AORTENERKRANKUNGEN

- Marfan-Syndrom
(FBN1, TGFBR1, TGFBR2)
- Loey's-Dietz-Syndrom
(SMAD2, SMAD3, TGFB2, TGFB3, TGFBR1, TGFBR2)
- Marfan-ähnliche Erkrankungen
(13 Gene)
- Thorakale Aortenerweiterung mit dem Risiko der Aortendissektion / TAAD
(36 Gene)
- Kollagen 4-assoziierte intrazerebrale Blutungen
(COL4A1, COL4A2)
- Bikuspidale Aortenklappe
(GATA5, NOTCH1, ROBO4, SMAD6)
- Cutis laxa
(ALDH18A1, ATP6V0A2, ATP6V1A, ATP6V1E1, EFEMP2, ELN, FBLN5, LTBP4, PYCR1)
- Ehlers-Danlos-Syndrom dominante Subtypen
(COL1A1, COL1A2, COL3A1, COL5A1, COL5A2)
- Ehlers-Danlos-Syndrom rezessive Subtypen
(ADAMTS2, AEBP1, B3GALT6, B4GALT7, CHST14, COL1A2, DSE, FKBP14, PLOD1, SLC39A13, TNXB)
- Ehlers-Danlos-Syndrom seltene Formen, Differenzialdiagnosen
(14 Gene)

WEITERE HEREDITÄRE ERKRANKUNGEN MIT POTENZIELLER HERZBETEILIGUNG

- Hyperlipidaemie / Hyperlipoproteinämie
(13 Gene)
 - Familiäre Hypercholesterolämie
(APOB, LDLR, LDLRAP1, PCSK9)
- Amyloidose
(TTR)
- Morbus Fabry
(GLA)
- Morbus Pompe
(GAA)

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 – IGE (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