



MEDICOVER  
GENETICS

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

BARCODE

|                     |                  |        |
|---------------------|------------------|--------|
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr.         | Datum  |

Geschlecht:  M  W  D  X      Telefon:

## EINSENDER (STEMPEL)

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

## UNTERSUCHUNGSAUFRAG PRÄNATALDIAGNOSTIK

Weitere Untersuchungsaufträge finden Sie unter [www.medicover-diagnostics.de](http://www.medicover-diagnostics.de)

### 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

SSW laut Ultraschall: \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Anzahl bisheriger Schwangerschaften: \_\_\_\_\_

Anzahl der Feten: \_\_\_\_\_

Bisherige Geburten: \_\_\_\_\_

Bei Zwillingsschwangerschaft:  MC  DC  MA  DA

Besonderheiten dieser Schwangerschaft: \_\_\_\_\_

Geschlechtsangabe gewünscht       Ja       Nein

Konsanguinität der Eltern       Ja       Nein

Geschlecht des Fetus falls bekannt       weiblich       männlich

Indikation: \_\_\_\_\_

Mütterliches Alter: \_\_\_\_\_

Sonographische Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

Auffälliger NIPT:  T21  T13  T18 Sonstiger Befund: \_\_\_\_\_

Auffälliges Ersttrimesterscreening (Risiko 1: \_\_\_\_\_ )  T21  T13  T18

Auffälliger Pränatalbefund in vorheriger Schwangerschaft: \_\_\_\_\_

Chromosomenstörung / Fehlbildung in der Familie: \_\_\_\_\_

Kind mit angeborenen Fehlbildungen: \_\_\_\_\_

Monogene Erkrankung in der Familie: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## KLINISCHE SYMPTOMATIK

Bitte machen Sie möglichst vollständige Angaben zur klinischen Symptomatik und legen den Ultraschallbefund bei.  
Wählen Sie die phänotypischen Merkmale bitte möglichst vollständig in der untenstehenden Liste aus, gegebenenfalls bitten wir um individuelle Ergänzung.

**Sonographische Auffälligkeiten**

- erhöhte NT >3,5mm
- V.a. Noonan-Syndrom
- Hydrops fetalis (HP:0001789)<sup>a</sup>
- Hygroma colli (HP:0010878)
- Anhydramnion (HP:0025700)
- Oligohydramnion (HP:0001562)
- Polyhydramnion (HP:0001561)
- 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

**Skelettfektbildungen**

- Skelettdysplasien
- Kraniosynostosen
- Extremitätenfehlbildung

**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)
- Hypoplastisches Linksherz (HP:0004383)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**ZNS- / Hirnfehlbildungen**

- Holoprosencephalie (HP:0001360)
- Corpus callosum Agenesie (HP:0001274)
- Gyrierungsstörung (HP:0002536)
- Mikrocephalie (HP:0000252)
- Encephalocele (HP:0002084)
- Neuralrohrdefekt / Spina bifida (HP:0002414)
- Plexus chorioideus Zyste(n) (HP:0002190)
- Ventrikulomegalie (HP:0002119)

**UNTERSUCHUNGSMATERIAL**

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_  
Uhrzeit: \_\_\_\_\_

- Chorionzotten
  - nativ (10-30 mg)
  - kultiviert
- Fruchtwasser
  - nativ (10-20 ml)
  - kultiviert
- Nabelschnurblut (0,5-1 ml)
  - Li-Heparin für Chromosomenanalyse
  - EDTA für Molekulargenetik
- Abortmaterial (10-30 mg)
- DNA aus \_\_\_\_\_  
( $\geq$  250 ng;  $\geq$  100 ng/ $\mu$ l)
  - EDTA-Blut der Mutter (1-2 ml) \*
  - EDTA-Blut des Vaters (1-2 ml) \*\*
- Sonstiges \_\_\_\_\_

\* Kontaminationstest / Trio-Exom-Analyse

\*\* Trio-Exom-Analyse

**UNTERSUCHUNGSAUFRAG**

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

- Klassische Chromosomenanalyse (Karyogramm)
  - AFP-Bestimmung
  - AChE-Bestimmung
  - FISH-Schnelltest (keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse, IGeL)
  - Mikroarray-Analyse (keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse, IGeL)
  - Molekulargenetische Diagnostik:
- Zieldiagnostik bei familiär bekannter Variante?  Ja, bitte Befundkopie beilegen; alternativ, exakte Angabe von

Gen: \_\_\_\_\_

Variante: \_\_\_\_\_

Transkript: \_\_\_\_\_

**GENETISCHE DIAGNOSTIK**

Maternaler Kontaminationstest

 gewünscht bereits erfolgt und unauffällig pränatale Exom-Diagnostik

(bitte nehmen Sie vor Beauftragung einer pränatalen Exom-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 befunden, die entsprechend ACMG Kriterien als wahrscheinlich pathogen (Klasse 4) oder pathogen (Klasse 5) klassifiziert werden.

 Sonstiges: \_\_\_\_\_**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)



Scannen Sie den QR-Code, um zu unserem digitalen Untersuchungsauftrag zu gelangen.

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:re Vertreter:in

Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

Name der verantwortlichen ärztlichen Person in Druckbuchstaben

Ort, Datum

Unterschrift Mutter (Trio Analyse)

Ort, Datum

Unterschrift Vater (Trio Analyse)

## ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE - EINWILLIGUNG ZUM HOCHLAGEN 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:re 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 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](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 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

# KONTAKT

## 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>**

Plauener 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

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

Podbielskistr. 122

30177 Hannover

Terminvereinbarung Tel.: +49 511 96540-0

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

Rosenfelder Straße 15-16

10315 Berlin

Terminvereinbarung Tel.: +49 30 5779871-2

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

Robert-Weixler-Str. 50

87439 Kempten

Terminvereinbarung Tel.: +49 89 895578-0

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

Rosenfelder Straße 15-16

10315 Berlin

Terminvereinbarung Tel.: +49 30 5779871-2

**Köln<sup>[2]</sup>**

Josef-Haubrich-Hof 3-5

50676 Köln

Terminvereinbarung Tel.: +49 221 888478-0

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

Spandauer Damm 130

14050 Berlin

Terminvereinbarung Tel.: +49 30 3035566-6

**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

**Potsdam**

Friedrich-Ebert-Straße 33

14469 Potsdam

Terminvereinbarung Tel.: +49 30 585838-430

**München-Ost**

Orleansplatz 3

81667 München

Terminvereinbarung Tel.: +49 89 458556-12