

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

10



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

SER Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr.

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Befund / Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülereunfällen

Muster 10 (4.2024)

Labor Dr. Wisplinghoff

**UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG
KARDIOGENETIK**



► Panel-Diagnostik siehe Rückseite.

Klinische Angaben: ethnische Herkunft:

schwanger nein ja SSW +

pränatale Analyse nein ja Analysen bitte telefonisch ankündigen.

Patient/-in erkrankt nein ja

Material: EDTA-Blut Pränatale Analysen nach Rücksprache. EILT

Genetische Vorbefunde (bitte beilegen)
Patient/-in nein ja
Angehörige/r nein ja



0007 0332 03

Anamnese/Indikation:

Einwilligungserklärung gem. Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Untersuchung / Fragestellung:

Ich erkläre, dass ich über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Grenzen der Aussagekraft der angeforderten Untersuchung aufgeklärt worden bin. Ich wurde zudem über mein Recht auf Nichtwissen aufgeklärt einschließlich des Rechts, das Untersuchungsergebnis oder Teile davon nicht zur Kenntnis zu nehmen, sondern vernichten zu lassen. Die möglichen Ergebnisse der genetischen Untersuchungen wurden in ihren denkbaren Konsequenzen ausführlich erörtert. Mit der Weiterleitung der Proben an das beauftragte Labor bin ich einverstanden. Alle Angaben und die Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit. In Kenntnis darüber, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich gegenüber der verantwortlichen ärztlichen Person widerrufen kann, erkläre ich mein Einverständnis zur Probenentnahme und Durchführung der genetischen Untersuchung.

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen (Nichtzutreffendes bitte streichen):

- Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse oder für spätere Diagnosemöglichkeiten einverstanden.
- Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung des Materials für Qualitätssicherung oder wissenschaftliche Fragestellungen in pseudonymisierter Form einverstanden.
- Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.

Mitteilung von Zufallsbefunden: In seltenen Fällen können sich medizinische Erkenntnisse ergeben, die nicht in einen Zusammenhang mit der o. g. klinischen Fragestellung gebracht werden können, aber nach aktuellem Kenntnisstand (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) für mich oder meine Familie von therapeutischer oder prophylaktischer Relevanz sind. ja nein

Ich wünsche die Mitteilung solcher Zufallsbefunde (keine Auswahl wird als NEIN gewertet).

Ort, Datum Unterschrift Patient(in)/gesetzliche(r) Vertreter(in) Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

Dokument: UA Kardiogenetik 202408/01

Arrhythmogene Erkrankungen / Kardiomyopathien (NGS-Panel)

- Arrhythmogene rechtsventr. Dysplasie / Kardiomyopathie (ARVD/ARVC)
- Brugada-Syndrom
- Long-QT-Syndrom
- Catecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT)
- Kardiomyopathie, dilatative
- Kardiomyopathie, hypertrophe
- Linksventrikuläre Non-Compaction-Kardiomyopathie

Mitochondriale Erkrankungen

Mitochondriale Kardiomyopathie

- NGS-Panel

mtDNA-Komplettsequenzierung

-

Gefäßerkrankungen

Marfan-Syndrom / Loeys-Dietz-Syndrom

- NGS-Panel

Thorakale Aortenaneurysmen

- NGS-Panel

Morbus Osler

- NGS-Panel

Cerebrale cavernöse Malformationen (CCM)

- KRIT1, CCM2, PDCD10

Primäre pulmonale Hypertonie

- NGS-Panel

Alagille-Syndrom

- JAG1, NOTCH2

Ehlers-Danlos-Syndrom

- NGS-Panel

Stoffwechselstörungen

Hypercholesterinämie, familiäre

- NGS-Panel

Hypertriglyceridämie, familiäre

- NGS-Panel

Hämochromatose

- häufige HFE-Varianten C282Y, H63D, S65C, siehe „Allgemeine Hinweise“

- NGS-Panel

Morbus Fabry

- GLA

Amyloidose, familiäre (Transthyretin)

- TTR

Herzfehler

CHARGE-Syndrom

- CHD7

DiGeorge-Syndrom / VCF-Syndrom

- Mikrodeletion 22q11.2 (MLPA)

Rasopathien (Noonan-Syndrom, CFC-Syndrom, Costello-Syndrom)

- NGS-Panel

Williams-Beuren-Syndrom

- Mikrodeletion 7q11.23 (MLPA)

Isolierte Herzfehler

- NGS-Panel

► Material für alle Anforderungen: EDTA-Blut

Allgemeine Hinweise

Alle auf dem Schein aufgeführten Untersuchungen finden sich im Kapitel 11 „Humangenetik“ des EBM und belasten somit nicht das Laborbudget. Einzige Ausnahme stellt die im Kapitel 32 angesiedelte HFE-Genotypisierung (C282Y, H63D, S65C) bei Verdacht auf Hämochromatose dar.

Die Zusammenstellung individueller Panels ist möglich, sprechen Sie uns gerne an. Auf unserer Website führen wir unter www.wisplinghoff.de/ngs die einzelnen Gene der Großen Panels auf.

Humangenetische Beratung für Patientinnen und Patienten
Dr. med. Simone Sauter, Lars-Erik Wehner
Fachärzte für Humangenetik, Tel.: 0221 940 505 940



0007 0334 02