

Patientendaten (ggf. Aufkleber)



Dr. med. Eun Kyung Suk
Dr. med Dirk Korinth*
Johannes Wagner*
Fachärzte für Humangenetik
Friedrichstraße 147, 10117 Berlin
Telefon: 030/76 90 38 20
Telefax: 030/76 90 38 21
(*angestellte Ärzte)

Zertifiziert bis 02/2024

Empty box for stamp or signature

Geschlecht: weiblich männlich

Kostenübernahme

- GKV ambulant (Bitte Ü-Schein 10)
- GKV stationär
- Privat ambulant
- Privat stationär
- Selbstzahler

intern

Anforderungsschein für Zytogenetik bei Postnataler Diagnostik

Fragestellung:

Material

- Heparin- Blut (5ml, bei Säuglingen reichen 2ml Heparin-Monovette ohne Granulat oder 50 IE Heparin auf 1 ml Blut)
- sonstiges:

Klinische Auffälligkeiten

- Dysmorphien
- Mentale Retardierung
- Mikrocephalie
- Minderwuchs
- Fehlbildungen
- Herzfehler
- Verhaltensauffälligkeiten
- sonstiges:

Anamnese:

- auffällige Familienanamnese
- unerfüllter Kinderwunsch
- Fehlgeburten
- Sonstiges:

Name des Partners: _____

Form for clinical notes with numbered lines 1-4 and checkboxes for EtBr and Syn.

Anforderung

- 1. klassische Chromosomenanalyse (Heparin-Blut erforderlich!)
- 2. Chromosomenanalyse mit FISH-Diagnostik
 - Cri-du-Chat-Syndrom (5p15.2)
 - Prader-Willi-/Angelman-Syndrom (15q11-13)
 - DiGeorge-Syndrom/CATCH22 (22q11.2)
 - Williams-Beuren-Syndrom (7q11.23)
 - Wolf-Hirschhorn-Syndrom (4p16.3)
 - Sonstiges:
- 3. Arraydiagnostik (EDTA-Blut erforderlich!)
 - Chromosomenanalyse bereits vorhanden (Ergebnis mitschicken)
- 4. weiterführende Diagnostik Molekulargenetik:

Einverständniserklärung (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!) – bzw. Kopie einer gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung

- Ich bin einverstanden mit:
 - der Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung für ggf. eine spätere Diagnostik u./o. Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 950 BGB. Ja nein
 - der Speicherung der Befunde und ggf. Nutzung in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke. Ja nein
 - der Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus, um ggf. für weitere Familienmitglieder zur Verfügung zu stehen Ja nein
 - der Weiterleitung des Auftrages an ein kooperierendes medizinisches Labor. Ja nein
 - der Mitteilung von Zufallsbefunden, soweit diese zu gesundheitsrelevanten Maßnahmen führen könnten. Ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse(n) zusätzlich zum anfordernden Arzt auch weitergeleitet werden an:

Frau/Herrn Dr.: _____ Anschrift: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Probenentnahme

Ort, Datum _____ Unterschrift Ratsuchende/r, PatientIn bzw. gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum _____ Stempel und Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person

Name Arzt/In:

Einrichtung:

Adresse:

in Druckschrift o. Stempel