

Anforderungsschein Pränatale Diagnostik

Bitte zurücksenden an

Universitätsklinikum Münster
Klinik für Medizinische Genetik
Vesaliusweg 12-14
48149 Münster

Medizinisches Versorgungszentrum am
Universitätsklinikum Münster - MVZ
Abteilung für Medizinische Genetik

Zytogenetisches Labor:
Tel. +49 251 83 - 53243

Materialannahme: Tel. +49 251 83 - 55428



Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name _____ Vorname _____
_____ weiblich männlich
geb. am _____
Straße _____
PLZ _____ Ort _____

Kostenübernahme

- gesetzlich versichert, Überweisungsschein Nr. 10 liegt bei**
Humangenetische Leistungen belasten das Laborbudget des anfordernden Arztes nicht.
- Privatrechnung**
Ein Kostenvoranschlag kann für alle Untersuchungen angefordert werden.
- Rechnung an Krankenhaus**

Anlass zur Pränataldiagnostik: Bitte unbedingt einen aktuellen Ultraschallbefund beilegen

Sonographische Auffälligkeiten:

Auffälligkeiten in vorangegangener Schwangerschaft oder genetisch bedingte Erkrankungen in der Familie:

Schwangerschaft:

Letzte Regel: _____ SSW nach letzter Regel: _____ SSW nach Ultraschall: _____

Aborte: _____ Ursachen: _____ Totgeburten: _____ Ursachen: _____

Wurde ein nicht-invasiver Pränatal-Test (NIPT) durchgeführt? nein ja, Ergebnis ^a:

Wurde ein Ersttrimester-Test durchgeführt? nein ja, Ergebnis ^a:

Materialentnahme am:

- Amniozentese** Volumen: _____ ml klar altblutig frischblutig
- Chorionzottenbiopsie/Plazentapunktion** Menge: _____ mg
- Nabelschnurpunktion** Volumen: _____ ml
- Abortmaterial** Art der Gewebeprobe: _____
- EDTA-Blut der Patientin** zur Überprüfung der Ergebnisse der pränatalen Array-Analyse und Molekulargenetik (bitte Einwilligung auf Seite 3 beachten)
- EDTA-Blut des Kindsvaters** zur Überprüfung der Ergebnisse der pränatalen Array-Analyse und Molekulargenetik (bitte Einwilligung auf Seite 4 beachten)

Gewünschte Untersuchungen:

- Chromosomenanalyse**
- pränataler Schnelltest aus Fruchtwasser**
- Array-Analyse^b** (EDTA-Blut der Patientin und des Kindsvaters nötig)
- Molekulargenetik**
 gezielte Untersuchung auf eine familiäre Mutation^a
Gen: _____ Mutation: _____
- indikationsbezogene Trio-Exom-Analyse^b** (EDTA-Blut der Patientin und des Kindsvaters nötig)

Die vorgeburtliche Durchführung einer Array- bzw. einer indikationsbezogenen Exom-Analyse ist nur in begründeten Fällen Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

- AFP, ACHE im Fruchtwasser^c**

Einsendender Arzt (Stempel oder Druckschrift)

Name: _____ Unterschrift: _____

Klinik: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Ort: _____

Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligung der Patientin vorliegt! => bitte wenden

a) bitte Befund beilegen (Einverständnis zur Datenübermittlung vorausgesetzt); b) für eine schnellere Durchführung wird zusätzliches Material benötigt (idealerweise 30mg Chorionzotten bzw. 25-30ml Fruchtwasser), eine Array-Analyse kann auch an Abortmaterial durchgeführt werden; c) wird durch ein externes Labor durchgeführt

Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) der Patientin für die Pränataldiagnostik

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name _____ Vorname _____
 geb. am _____ weiblich männlich
 Straße _____
 PLZ _____ Ort _____

Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Münster - MVZ

Abteilung für Medizinische Genetik

**Materialannahme:
Tel. +49 251 83-55428**



Das **Gendiagnostikgesetz (GenDG)** fordert für alle genetischen Analysen eine **ausführliche Aufklärung** und eine **schriftliche Einwilligung** sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.

Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten und verstanden.

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den auf Seite 1 genannten genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Diagnose notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Probenentnahmen. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Bitte lesen Sie diese Punkte sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:

Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Es können Befunde erhoben werden, die keinen Zusammenhang mit der Fragestellung haben (sog. Nebenbefunde), aber für Sie oder Ihre Nachkommen von Bedeutung sein könnten. <i>Bitte kreuzen Sie an, über welche Nebenbefunde Sie informiert werden möchten:</i>		
a) Der Nebenbefund könnte für meine Gesundheit von Bedeutung sein, spezielle Vorsorgeuntersuchungen oder Therapien stehen aber derzeit nicht zur Verfügung.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b) Der Nebenbefund könnte für meine Gesundheit von Bedeutung sein, spezielle Vorsorgemaßnahmen oder Therapien können angeboten werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
c) Der Nebenbefund weist auf eine Anlageträgerschaft für eine erbliche Erkrankung hin, die für mich ohne klinische Relevanz ist, aber für meine Nachkommen von Bedeutung sein könnte.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird. Dazu überlasse ich das Untersuchungsmaterial der Klinik für Medizinische Genetik des UK Münster.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über klinisch bedeutsame Ergebnisse informiert werden. Hierzu werde ich Adressenänderungen mitteilen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich **meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann**, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Sollten die oben genannten Fragen unbeantwortet bleiben, wird mit der Unterschrift die Einwilligung der Patientin angenommen.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

des Kindsvaters

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name	Vorname
geb. am	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße	
PLZ	Ort

Medizinisches
Versorgungszentrum am
Universitätsklinikum
Münster - MVZ

Abteilung für
Medizinische Genetik

Materialannahme:
Tel. +49 251 83-55428



Das **Gendiagnostikgesetz** (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine **ausführliche Aufklärung** und eine **schriftliche Einwilligung** sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.

Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten und verstanden.

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu genetischen Analysen, falls Auffälligkeit(en) in der Pränataldiagnostik nachgewiesen werden, sowie zu der dafür erforderlichen Probeentnahme.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Bitte lesen Sie diese Punkte sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:

Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Es können Befunde erhoben werden, die keinen Zusammenhang mit der Fragestellung haben (sog. **Nebenbefunde**), aber für Sie oder Ihre Nachkommen von Bedeutung sein könnten.

Bitte kreuzen Sie an, über welche Nebenbefunde Sie informiert werden möchten:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Der Nebenbefund könnte für meine Gesundheit von Bedeutung sein, spezielle Vorsorgeuntersuchungen oder Therapien stehen aber derzeit nicht zur Verfügung. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Der Nebenbefund könnte für meine Gesundheit von Bedeutung sein, spezielle Vorsorgemaßnahmen oder Therapien können angeboten werden. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) Der Nebenbefund weist auf eine Anlageträgerschaft für eine erbliche Erkrankung hin, die für mich ohne klinische Relevanz ist, aber für meine Nachkommen von Bedeutung sein könnte. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird. Dazu überlasse ich das Untersuchungsmaterial der Klinik für Medizinische Genetik des UK Münster.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ich möchte über klinisch bedeutsame Ergebnisse informiert werden. Hierzu werde ich Adressenänderungen mitteilen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich **meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann**, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Sollten die oben genannten Fragen unbeantwortet bleiben, wird mit der Unterschrift die Einwilligung des Patienten / der Patientin angenommen.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters _____

Ort, Datum _____ Unterschrift des verantwortlichen Arztes _____

Überweisungsschein bitte beilegen bzw. nachreichen