

ANFORDERUNGSSCHEIN GENOMSEQUENZIERUNG

im Rahmen des Modellvorhabens Genomsequenzierung nach § 64e SGB V über umfassende Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen und onkologischen Erkrankungen

PATIENT/IN (ggf. Aufkleber)

Name:

Vorname:

Geburtsdag:

Geschlecht: w ☐ m ☐

Anschrift:

Versichertennummer:

Krankenkasse:

Anfordernder Arzt / Anfordernde Ärztin (Stempel)

Mutter von Patient/in (ggf. Aufkleber)

Name:

Vorname:

Geburtsdag:

Anschrift:

Vater von Patient/in (ggf. Aufkleber)

Name:

Vorname:

Geburtsdag:

Anschrift:

Indikation/ Diagnose:

Diagnose und ICD10 müssen angegeben werden.

ICD10:

Anforderung:

☒ **Asservierung von DNA bis zur Durchführung Genomboard 1**

☐ **Einzel-Genom***

Exomweite Analyse auf Basis einer Einzelgenomsequenzierung inkl. genomweiter Nachweis von Deletionen und Duplikationen

☐ **Trio-Genom***

Exomweite Analyse auf Basis einer Triogenomsequenzierung inkl. genomweiter Nachweis von Deletionen und Duplikationen und Segregationsanalyse bei den Eltern

***Anforderung für Genomsequenzierung nur gültig nach Freigabe durch das Genomboard 1!**

Untersuchungsmaterial:

☐ EDTA-Blut ____ ml ☐ DNA ____ µg ☐ Sonstiges: _____ Entnahmedatum: _____

Wurde auch Untersuchungsmaterial der Eltern (ggf. weiterer Familienmitglieder) versandt?

☐ **Nein** ☐ **Ja, (bitte spezifizieren)** ☐ EDTA-Blut / ☐ DNA / ☐ sonstiges _____ (Mutter)

☐ **Nein** ☐ **Ja, (bitte spezifizieren)** ☐ EDTA-Blut / ☐ DNA / ☐ sonstiges _____ (Vater)

☐ **Nein** ☐ **Ja, (bitte spezifizieren)** ☐ EDTA-Blut / ☐ DNA / ☐ sonstiges _____ (_____)

Name der/s Ärztin/Arztes: _____ Tel: _____
(Druckbuchstaben)

Datum und Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes gemäß GenDG