UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

Institut für Humangenetik I Im Neuenheimer Feld 366 I 69120 Heidelberg

Institut für Humangenetik
Prof. Dr. med. Christian Schaaf
Ärztlicher Direktor
Labor für Cytogenetische Diagnostik
Dr. med. K. Burau, M.Sc.: Tel.: 06221-56-39571
Labor für Molekular-Cytogenetische Diagnostik
Prof. Dr. sc. hum. A. Jauch: Tel.: 06221-56-5407
Allgemeine Auskünfte: Befundsekretariat
Tel: 06221-56-36879 (Cytogenetische Diagnostik)
06221-56-32139 (Molekular-Cytogenetische Diagnostik)
Fax: 06221-56-5091
Email: humangen.diagnostik@med.uni-heidelberg.de

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13060-03-00

Anforderungsschein Cytogenetik und Fluoreszenz in situ Hybridisierung (FISH) Diagnostik

Anbei Material von: ☐ weiblich ☐ männlich **Name:** **Vorname:** **Geb.:** **Adresse:**	**Einsender:** Klinik / Station / Ambulanz / Arzt (Stempel) Tel.: Fax:

Kostenübernahme:	☐	Kasse ambulant **Ü-Schein!**	☐	Kasse stationär	☐	Privat ambulant	☐	Privat stationär	☐	Selbstzahler

Für Selbstzahler / Kassenpatienten ohne Ü-Schein:
Mir ist bewusst, dass ich für die anfallenden Kosten selbst aufkommen muss und ich erkläre mich ausdrücklich bereit die anfallenden Kosten zu bezahlen. Datum: Unterschrift:

Pränatale cytogenetische Untersuchungen:

Indikation:

☐ relative Altersindikation ☐ ultrasonographische Auffälligkeiten ☐ auffälliges Erst-Trimester-Screening
☐ sonstige Gründe:

ggf. Stammbaum // Beschreibung der Symptomatik // ggf. Vorbefunde in Kopie beilegen

Weitere Angaben zur Patientin:

Erster Tag d. letzten Regel: SSW nach US: ☐ Zwillinge ☐ monochorial ☐ monoamnial
Gravida: Para: Fehl-/Totgeburten:

Eingesendetes Material:

☐ Fruchtwasser: Menge:..... ml Farbe: ☐ gelb ☐ frischblutig ☐ altblutig
☐ Chorionzotten: Menge:..... mg ☐ typisch ☐ untypisch
☐ Nabelschnurblut (Heparinzusatz!)

☐ **Abortmaterial:**
☐ fetales Material Gewebe:.....
Datum der Entnahme:

Gewünschte Untersuchung bitte ankreuzen:

☐ Chromosomen-Analyse
☐ Pränataler Schnelltest (Zahlabweichung der Chromosomen 13, 18, 21, X und Y) (nur bei Fruchtwasser)
Bestätigung der privaten Kostenübernahme für den Schnelltest:_____ **Patientenunterschrift**

DNA Asservierung: ☐ Ja ☐ Nein **Bitte unbedingt ausfüllen!**

Name des Arztes:..... **Tel.Nr:**.....
(Druckbuchstaben)

.....
Datum und **Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arzt gemäß GenDG**

Postnatale cytogenetische Anforderung siehe nächste Seite
Bitte auch Patienteneinverständniserklärung auf der 3. Seite beachten!

Postnatale cytogenetische Untersuchungen:

Indikation:

☐ männlich ☐ weiblich

ggf. Stammbaum // Beschreibung der Symptomatik // Angaben zur Schwangerschaft (SSW) // ggf. Vorbefunde in Kopie beilegen

Angaben zum Untersuchungsmaterial:

Marterialart (ggf. Herkunftsort, Vorbehandlung):

Menge: Entnahmedatum:

Gewünschte Untersuchung bitte ankreuzen:

☐ Chromosomenanalyse an Blutlymphozyten	5-10 ml **Na- oder NH_4-Heparin Vollblut**, Neugeborene ca. 1-2ml ►►K**ein** Li-Heparin-Blut oder EDTA-Blut!
☐ Chromosomenanalyse an Hautfibroblasten ☐ Anlegen einer Fibroblastenkultur	Hautbiopsie in steriler physiologischer NaCl-Lösung oder Zellkulturmedium
☐ Chromosomenanalyse aus anderem Material:	

Fluoreszenz in situ Hybridisierung (FISH) Diagnostik

5-10 ml Na- oder NH_4-Heparin Vollblut kein Li-Heparin-Blut oder EDTA-Blut

- ☐ 22q11 Mikrodeletion (DiGeorge-Syndrom/ Shprintzen-Syndrom)
- ☐ Cri-du-Chat-Syndrom (5p-)
- ☐ Ichthyosis (X-linked) (*STS*)
- ☐ Kallmann-Syndrom (Xp22.3)
- ☐ Miller-Dieker-Syndrom (17p13.3)
- ☐ Neurofibromatose Typ 1 (*NF1*) (Deletion nachweisbar bei ca. 5% der Fälle)
- ☐ Prader Willi-Syndrom
- ☐ Angelman-Syndrom
- ☐ Retinoblastom (*RB1*) * (Deletion nachweisbar bei ca. 15% der Fälle)
- ☐ Rubinstein-Taybi Syndrom*
- ☐ Smith-Magenis-Syndrom (17p11.2)
- ☐ Leri Weill-Syndrom / Kleinwuchs (*SHOX*-Gen Deletion)*
- ☐ WAGR Syndrom (Aniridie, Wilmstumor) *
- ☐ Williams-Beuren-Syndrom (7q11.2)
- ☐ Wolf-Hirschhorn-Syndrom (4p-)

- ☐ FISH mit Subtelomer Sonden
- ☐ FISH mit spezifischen “Painting„ Sonden
- ☐ FISH zur chromosomalen Charakterisierung von Markerchromosomen**
- ☐ FISH zur Bestätigung von Array-Befunden und ggf. Untersuchung der Eltern**

*) die mit Sternchen gekennzeichneten Verfahren sind nicht akkreditiert
**) auf Anfrage

Material bitte ungekühlt senden an:

Labor für Cytogenetische Diagnostik
Institut für Humangenetik,
Im Neuenheimer Feld 366
69120 Heidelberg

Weitere Untersuchungsdiagnostik:
siehe Anforderungsscheine **„Leukämien und Lymphoproliferative Erkrankungen”**
„Molekulargenetik“

UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

Institut für Humangenetik I Im Neuenheimer Feld 366 I 69120 Heidelberg

Institut für Humangenetik
Prof. Dr. med. Christian Schaaf
Ärztlicher Direktor
Genetische Poliklinik
Tel : +49 (0)6221 56-5087
Fax : +49 (0)6221 56-5080
Diagnostische Labore
Fax : +49 (0)6221 56-5091
Molekulargenetik: +49 (0)6221 56-32484
Cytogenetik und
Molekulare Cytogenetik: +49 (0)6221-56-36879

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Patient*in / Zu untersuchende Person

.....

Name, Vorname Geburtsdatum

.....

Adresse: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Ich wurde über Aussagekraft und Konsequenzen der geplanten genetischen Analysen aufgeklärt und hatte ausreichend Bedenkzeit. Das Patienteninformationsblatt habe ich erhalten (siehe QR-Code). Ich habe keine weiteren Fragen. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift gebe ich für mich / meinen Angehörigen / der von mir betreuten Person die Einwilligung zu der/den genetischen Analyse/n, der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme sowie der Speicherung des Befundes im Patientendatensystem des UKHD zur Klärung der Fragestellung / Diagnose:

.....

Im Rahmen der geplanten Untersuchung/en können genetische Veränderungen aufgedeckt werden, die nicht mit der ursprünglichen Fragestellung in Zusammenhang stehen. Die Kenntnis solcher **Zufallsbefunde** kann - möglicherweise auch erst später im Leben - medizinisch relevant, aber auch psychologisch belastend sein und/oder für zukünftige Lebenssituationen Konsequenzen haben. **Ich als einwilligungsfähige Person möchte über bei mir / der von mir betreuten Person erhobene Zufallsbefunde informiert werden.**	❒ ja ❒ nein
Besonderheiten bei der Untersuchung von Kindern: **Ich möchte über Zufallsbefunde informiert werden, die für mein Kind bereits im Kindesalter von medizinischer Bedeutung sind.** Zufallsbefunde, deren Nichtmitteilung ein Schaden für mein/unser Kind nach sich ziehen würde, werden im ärztlichen Ermessen immer mitgeteilt. **Ich möchte zusätzlich über Zufallsbefunde informiert werden, die für mein Kind erst im Erwachsenenalter von medizinischer Bedeutung sind.**	❒ ja ❒ nein ❒ ja ❒ nein
Das GenDG schreibt die Vernichtung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung vor. **Ich willige in die Aufbewahrung des Probenmaterials und in deren Verwendung für Ergebnisüberprüfung, Familienuntersuchungen, zukünftige genetische Analysen und zur Qualitätssicherung ein.**	❒ ja ❒ nein
Verbliebenes Untersuchungsmaterial ist eine wichtige Quelle für Forschungs- und Entwicklungsarbeit, für welche das Untersuchungsmaterial verschlüsselt wird, so dass eine Zuordnung der Probe zu Ihrer Person / Ihren Angehörigen / der von Ihnen betreuten Person durch Dritte weitgehend ausgeschlossen ist**.** **Ich willige in die Verwendung von verbliebenem Probenmaterial für wissenschaftliche Zwecke und Lehre ein.**	❒ ja ❒ nein
Ich willige ein, dass von mir / meinen Angehörigen / der von mir betreuten Person erhobene medizinische und genetische Daten in (teil-)verschlüsselter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt und verschlüsselt in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.	❒ ja ❒ nein
Das GenDG sieht vor, dass Ergebnisse genetischer Analysen nach 10 Jahren vernichtet werden. Diese Daten sind jedoch oftmals später wichtig für Sie / Ihr Kind / der von Ihnen betreuten Person und weitere Familienangehörige. **Ich willige in die Aufbewahrung genetischer Daten und Analyseergebnisse über die vorgeschriebene gesetzliche Frist hinaus ein.**	❒ ja ❒ nein

....

Ort, Datum **Unterschrift Patient*in / untersuchte Person / ges. Vertreter*in**

……

Name aufklärende(r) Ärzt*in Unterschrift aufklärende(r) Ärzt*in

Nur für Privatpatienten

Kostenübernahmeerklärung

Mir ist bewusst, dass ich für alle anfallenden Kosten selbst aufkommen muss und ich erkläre mich ausdrücklich bereit, diese zu begleichen. Sollte ich bei Einreichung der Rechnung bei meiner privaten Krankenversicherung/Krankenkasse einen Teil der Kosten nicht erstattet bekommen, erkläre ich mich ausdrücklich bereit, die Restkosten im vollen Umfang selbst zu bezahlen.

Information und Einverständnis zur gemeinsamen Abrechnung nach GOÄ durch die Firma unimed

Ich bin informiert und einverstanden, dass die Liquidation privat- bzw. wahlärztlicher Leistungen und Laborleistungen des Institutes für Humangenetik der Universitätsklinikums Heidelberg durch das externe Abrechnungsunternehmen unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17 - 19, 66687 Wadern, kurz unimed erfolgt.

Einverständnis zur Datenweitergabe an die Firma unimed

Weiterhin gebe ich die freiwillige und jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Heidelberg bzw. die liquidationsberechtigten Ärzte die erforderlichen patientenbezogenen persönlichen Behandlungsdaten an dieses Unternehmen ausschließlich zur Rechnungsstellung weitergeben dürfen. Insofern entbinde ich das Universitätsklinikum Heidelberg bzw. die zur Liquidation berechtigten Ärzten ausdrücklich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Die Mitarbeiter von unimed sind zur Vertraulichkeit im Umgang mit Ihren Daten verpflichtet und unterliegen (auch nach Beendigung ihres Beschäftigungsverhältnisses) der Verschwiegenheitsflicht nach §203 StGB. Ansonsten wird auf die Informationen gemäß Artikel 13 und 14 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) hingewiesen.

Name der Patienten in Druckbuchstaben | Geburtsdatum

Name des Hauptversicherungsnehmers | Geburtsdatum

Ort | Datum | Unterschrift des/der Patienten/Patientin bzw. Unterschrift des/der Hauptversicherungsnehmers