

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname und Adresse der Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			



Durch die DAKKS nach DIN EN ISO 15189 akkreditiertes Labor. Die Akkreditierung gilt für den in der Urkundenanlage D-ML-13242-01-00 festgelegten Umfang, davon ausgenommen sind die mit * gekennzeichneten Analysen.

GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE UND REPRODUKTIONSGENETIK ☐ EILT

ANGABEN ZUM EINSENDER UND BEFUNDEMPFÄNGER

Eine Befundübermittlung kann gemäß Gendiagnostikgesetz nur an den veranlassenden Arzt erfolgen. Eine Weitergabe des Befundes an Dritte ist mit Einwilligung des Patienten nur durch den veranlassenden Arzt möglich.

Arztname, ggf. Station _____ Telefon _____ Telefax _____

ANGABEN ZUR PROBE

Abnahmedatum _____	☐ EDTA-Blut	☐ Heparin-Blut	☐ Chorionzotten/Fruchtwasser
Uhrzeit _____	☐ Abortmaterial	☐ DNA, extrahiert aus: _____	
	☐ Tumorblock	☐ Sonstiges Material: _____	

ANGABEN ZUM PATIENTEN

Patient im Medizinisch Genetischen Zentrum bekannt: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nein, aber Angehöriger (bitte Angabe des Namens oder der MGZ ID und des Verwandtschaftsverhältnisses): _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Ethnische Herkunft: _____

schwanger: ☐ Nein ☐ Ja

pränatale Analyse: ☐ Nein ☐ Ja Schwangerschaftswoche _____

Patient erkrankt: ☐ Nein ☐ Ja

Anamnese/Indikation:*

Genetische Vorbefunde (Patient):* ☐ Nein ☐ Ja

Genetische Vorbefunde (Angehöriger):* ☐ Nein ☐ Ja

Angehörige(r) erkrankt: ☐ Nein ☐ Ja

* Vorbefunde bitte angeben/beilegen

ANGABEN ZUM KOSTENTRÄGER

☐ Privat, ambulant	☐ Selbstzahler
☐ Privat, stationär	☐ Rechnung an Klinik
☐ § 116b SGB V	

☐ gesetzlich versichert (Überweisungsschein Muster 10)

Verpflichtende Zusatzangaben für gesetzlich versicherte Patienten:

Ein Behandlungsplan für eine reproduktionsmedizinische Maßnahme liegt vor oder ist beantragt ☐ Nein ☐ Ja

Eine ICSI (intrazytoplasmatische Spermieninjektion) ist erfolgt oder geplant ☐ Nein ☐ Ja

EINWILLIGUNG NACH GENDIAGNOSTIKGESETZ

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) bin ich mit den genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderung bzw. zur Klärung der obengenannten klinischen Fragestellung einverstanden. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache der Erkrankung angesehen werden können.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht dokumentiert, verarbeitet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor. ☐

der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen/medizinischen Daten zur Qualitätssicherung, für die Etablierung neuer Diagnostikverfahren und in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken und zur Publikation ☐

Aufklärung zu Zufalls- und Zusatzbefunden:

Zufallsbefunde: Bei der angeforderten genetischen Analyse können sich zufällig Befunde ergeben, die nicht mit der klinischen Fragestellung in Zusammenhang stehen. Falls diese nach aktuellem Wissenstand (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) behandlungsrelevant für Sie oder Ihre Familie sind, möchte ich über solche Befunde informiert werden (keine Auswahl wird als NEIN gewertet). ☐ Ja ☐ Nein

Zusatzbefunde (Selbstzahlerleistung): Falls Sie eine systematische Auswertung der behandlungsrelevanten Gene gemäß ACMG wünschen, handelt es sich hierbei um eine Zusatzleistung. Voraussetzung hierfür ist eine vorherige genetische Beratung durch Fachärzt:innen für Humangenetik gemäß GenDG, ggfs. per Videosprechstunde im MGZ München. Die Untersuchung erfolgt als Selbstzahlerleistung.

Ich wurde durch eine Fachärztin/einen Facharzt für Humangenetik aufgeklärt und wünsche die Zusendung eines Kostenvoranschlags. ☐ Ja ☐ Nein

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Name, Vorname aufklärende(r) Ärztin/Arzt _____

Unterschrift aufklärende(r) Ärztin/Arzt _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in) _____

OPTIONALE EINWILLIGUNG ZUM DATA SHARING

Das MGZ unterstützt von staatlichen Institutionen, Fachgesellschaften oder Berufsverbänden geförderte Initiativen des Datenaustauschs (»Data Sharing«), um die Forschung zu Ursache und Therapie von genetisch-bedingten Erkrankungen voranzutreiben. Falls Sie diese Initiativen ebenfalls unterstützen wollen, bitten wir hier um Einwilligung:

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine pseudonymisierten Daten (Exom-, Genomdaten, klinische Befunde) im Deutschen Humangenom-Phenomarchiv (www.ghga.de) oder in anderen wissenschaftlichen Datenarchiven mit gleichwertigen Datenschutzstandards gespeichert und für die genannten sekundären Forschungszwecke innerhalb der unter www.mgz-muenchen.de/info-ghga.html beschriebenen Grenzen verwendet werden dürfen.

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in) _____

WEIBLICHE FERTILITÄTSSTÖRUNGEN

FERTILITÄTSSTÖRUNG BEI DER FRAU

[N97.2: Nichteintreten einer Schwangerschaft trotz regelmäßigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr über mindestens 12 Monate, Q99.9: Sonstige nicht näher bezeichnete Chromosomenanomalien]

☐ 000.00 Chromosomenanalyse

REZIDIVIERENDES IMPLANTATIONSVERSAGEN

[N97.2: Nichteimplantation einer Eizelle im Rahmen einer künstlichen Befruchtung, Nachweis einer Uterusanomalie, Endometriumauffälligkeiten]

☐ 000.00 Chromosomenanalyse

☐ 813.01 Eizellreifungsstörung/embryonaler Arrest | BTG4, NLRP2, NLRP5, PADI6, PANX1, PATL2, TLE6, TRIP13, TUBB8, ZP1, ZP2, ZP3

REZIDIVIERENDE ABORTE [N96: Neigung zu habituellem Abort]

☐ 000.00 Chromosomenanalyse

☐ 000.00 F2, F5 (Thrombophilie)

Zusätzliche klinische Information / abweichende Indikation:

MÄNNLICHE FERTILITÄTSSTÖRUNGEN

FERTILITÄTSSTÖRUNG BEIM MANN

[N46: Ungewollte Kinderlosigkeit trotz regelmäßigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr über mindestens 12 Monate und/oder pathologisches Spermogramm nach den WHO-Kriterien]

☐ 000.00 Chromosomenanalyse

REZIDIVIERENDE ABORTE DER PARTNERIN

[Q99.9: Sonstige nicht näher bezeichnete Chromosomenanomalien]

☐ 000.00 Chromosomenanalyse

AZOOSPERMIE/OLIGOZOOSPERMIE

[N46: Ungewollte Kinderlosigkeit trotz regelmäßigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr über mindestens 12 Monate und/oder pathologisches Spermogramm nach den WHO-Kriterien]

☐ 000.00 Chromosomenanalyse (z.A. Klinefelter-Syndrom, z.A. strukturelle Chromosomenaberration)

☐ 000.00 CFTR (bei obstruktiver Azoospermie/schwerer Oligozoospermie)

☐ 000.00 Mikrodeletionen Yq11, AZF (bei nicht-obstruktiver Azoospermie/schwerer bis moderater Oligozoospermie)

☐ 855.00 Azoospermie – Basisdiagnostik | AR, DMRT1, FANCA, FANCM, NR5A1, PPP2R3C, SOHLH1, SYCP2, SYCP3, TEX11

☐ 856.00 Azoospermie – erweiterte Diagnostik | MCM8, PLCZ1, SUN5, SYCE1, TAF4B, TEX14, TEX15, ZMYND15

☐ 857.00 Terato- und Asthenozoospermie | AURKC, CATSPER1, CATSPER2, DNAH1, DPY19L2, DZIP1, SEPT12, SLC26A8, SPATA16

PRÄMATURE OVARIALINSUFFIZIENZ (POI) [E28.3: Ovarialinsuffizienz]

☐ 000.00 Chromosomenanalyse

☐ 000.00 FMR1-Repeat (Fragiles-X-Syndrom, Prämutation)

☐ 614.02 NGS-Panel „Prämatüre Ovarialinsuffizienz“ (zur Abklärung seltener genetischer Ursachen einer Prämaturen Ovarialinsuffizienz) | BMP15, FIGLA, FOXL2, FSHR, GDF9, HFM1, MCM8, MCM9, NANOS3, NOBOX, NR5A1, PGRMC1, STAG3, SYCE1

AGS, NICHT KLASSISCHES AGS [E25.9: Adrenogenitale Störung, nicht näher bezeichnet]

☐ 000.00 CYP21A2 (21-Hydroxylase-Defizienz)

☐ 634.00 NGS-Panel „Seltene Ursachen AGS“ (zur Abklärung seltener Ursachen eines AGS) | CYP11B1, CYP17A1, HSD3B2, STAR

☐ 811.00 Polyzystisches Ovarialsyndrom | CAPN10, CYP11A1, DENND1A, GNRH1, INS, INSR, IRS1, IRS2, KISS1, TACR3, THADA

MÄNNLICHER HYPOGONADISMUS GONADALEN URSPRUNGS (primärer Hypogonadismus) [E29.1: Testikuläre Unterfunktion]

☐ 000.00 Chromosomenanalyse (z.A. Klinefelter-Syndrom, z.A. strukturelle Chromosomenaberration)

MÄNNLICHER HYPOGONADISMUS HYPOTHALAMISCH-HYPOPHYSÄREN URSPRUNGS [E23.0: Hypogonadotroper Hypogonadismus]

☐ 858.00 Hypogonadotroper Hypogonadismus – autosomal dominant | CHD7, DUSP6, FGF17, FGF8, FGFR1, HS6ST1, IL17RD, PROK2, PROKR2, SEMA3A, SPRY4, WDR11

☐ 859.00 Hypogonadotroper Hypogonadismus – autosomal rezessiv, X-chromosomal | ANOS1, FSHB, GNRH1, GNRHR, KISS1, KISS1R, LHB, NR0B1, NSMF, NTN1, PLXNA1, PROK2, PROKR2, SEMA3A, SPRY4, TACR3, WDR11

☐ 860.00 Hypogonadotroper Hypogonadismus – Gesamtpanel | ANOS1, CCDC141, CHD7, DCC, DUSP6, FEZF1, FGF17, FGF8, FGFR1, FLRT3, FSHB, GNRH1, GNRHR, HS6ST1, IL17RD, KISS1, KISS1R, LHB, NR0B1, NSMF, NTN1, PLXNA1, PROK2, PROKR2, SEMA3A, SPRY4, TACR3, WDR11

MORPHOLOGISCHE SPERMIENANOMALIEN

☐ 861.00 Morphologische Spermienanomalien (MMAF) – Basisdiagnostik | ARMC2, CFAP65, CFAP69, DNAH1

☐ 862.00 Morphologische Spermienanomalien (MMAF) – erweiterte Diagnostik | AK7, ARMC2, CDC14A, CFAP43, CFAP44, CFAP65, CFAP69, DNAH1, DNAH17, DNAH6, FSIIP2, PMFBP1, QRICH2, RSPH3, SPEF2, TTC21A, TTC29, WDR19, WDR66

AUFFÄLLIGE FAMILIENANAMNESE (V.A. GENETISCH-BEDINGTE ERKRANKUNG IN EIGEN- ODER FAMILIENANAMNESE)

ENTWICKLUNGSSTÖRUNG IN DER FAMILIENANAMNESE MIT FORMALGENETISCH MÖGLICHER ANLAGETRÄGERSCHAFT (ggf. sind bitte alle erhältlichen Informationen zum Indexpatienten mitzuteilen)

[Z82: Bestimmte Behinderungen oder chronische Krankheiten in der Familienanamnese, die zu Schädigung oder Behinderung führen]

☐ 000.00 Chromosomenanalyse (z.A. strukturelle Chromosomenaberration)

☐ 000.00 FMR1-Repeat (z.A. Anlageträgerschaft für Fragiles-X-Syndrom)

Angaben zum Indexpatienten / zur Familienanamnese:

CHROMOSOMENANALYSE IM ZUSAMMENHANG MIT ICSI ²

☐ 000.00 Chromosomenanalyse

[Z31.4: Untersuchung und Test im Zusammenhang mit Fertilisation; zusätzlich ICD-10 Code Partnerin: N97, N97.4: Sterilität der Frau im Zusammenhang mit Faktoren des Partners]

² Hinweis für gesetzlich versicherte Patienten:

Für eine Chromosomenanalyse, die im Zusammenhang mit einer ICSI veranlasst wird, übernimmt nach §27a Absatz 3 SGB V die gesetzliche Krankenkasse des Ehemanns 50 % der Kosten, der Versicherte erhält eine Rechnung über Euro 96,88.

Hiermit bestätige ich, dass ein genehmigter Behandlungsplan gemäß § 27a SGB V (Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung) der Krankenkasse vorliegt und ich über die Eigenleistung in Höhe von Euro 96,88 aufgeklärt wurde.

Unterschrift Patient:

RISIKOPRÄZISIERUNG IM RAHMEN DER FAMILIENPLANUNG ODER SCHWANGERSCHAFT *

☐ 000.00 Anlageträgerschaft für Cystische Fibrose (Mukoviszidose, Carrier-Frequenz ca. 1:28 in Nordeuropa) *

☐ 000.00 Anlageträgerschaft für SMA (Spinale Muskelatrophie, Carrier-Frequenz ca. 1:50 in Deutschland) *

☐ 164.03 Carrier-Screening beider Partner (Testung auf gemeinsame Anlageträgerschaften, Analyse von über 600 Genen, inkl. Anlageträgerschaft für Cystische Fibrose und SMA) *

GENETISCHE UNTERSUCHUNG NACH FEHLGEBURT

FEHLGEBURT [N96: Neigung zu habituellem Abort]

☐ 000.00 Konventionelle Chromosomenanalyse aus Fehlgeburtsgewebe

☐ 000.00 Microarray-Analyse aus Fehlgeburtsgewebe **

☐ 812.00 Rezidivierende Molenschwangerschaft | F10, KHDC3L, MEI1, NLRP7, PADI6, REC114, TOP6BL

☐ 000.00 Kontaminationsausschluss **

PRÄIMPLANTATIONS-DIAGNOSTIK

Über Möglichkeiten einer Präimplantationsdiagnostik im MGZ, dem vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege am 01.07.2015 die Zulassung als Zentrum für Präimplantationsdiagnostik (PID-Zentrum) erteilt wurde, informieren Sie sich bitte hier: www.pid-zentrum.de/home.html

NGS-Panels unterliegen sehr hohen, international anerkannten Qualitätsstandards gemäß der S1-Letlinie NGS-Diagnostik (weitere Informationen und aktuelle Gen-Zusammenstellung der Panel s. www.mgz-muenchen.de). Der Auftrag umfasst bei Genanalysen eine Sequenzierung und ggfs. eine Deletions bzw. Duplikationsanalyse. Gerne steht Ihnen unser fachärztliches Team für eine Rücksprache im individuellen Fall zur Verfügung; Telefon 089 / 30 90 886 - 0.

* Selbstzahlerleistungen, Veranlassung nur nach genetischer Beratung möglich, bitte Kostenübernahmeerklärung ausfüllen

** Selbstzahlerleistung, bitte Kostenübernahmeerklärung ausfüllen