

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status				
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum				

HUMANGENETISCHES LABOR

Nebenbetriebsstätte des MVZ Labor Leipzig Dr. Reising-Ackermann u. Kollegen



DR. MED. **DAQMAR HUHLE**
Humangenetikerin und Kinderärztin

Leipziger-Str. 176
08058 Zwickau
☎ (03 75) 28 11 26
Fax (03 75) 28 11 10

Praxisanschrift:
Käthe-Kollwitz-Straße 16-18
04109 Leipzig
☎ (03 41) 99 39 84 91
Fax (03 41) 99 39 84 92
www.genetik-praxis.de

Begleitformular für genetische Untersuchung

Geschlecht des Patienten: weiblich männlich
Ethnische Herkunft: _____

Bitte bei Probenentnahme unbedingt auf Sterilität achten!
Für **Chromosomenuntersuchung** aus Blut **Heparin-Monovetten** von SARSTEDT benutzen! Für Gewebe- bzw. Abortmaterial die von uns gelieferten Röhren mit Transport-Medium anfordern!

Vertragsarztstempel
Unterschrift des überw. Arztes

Pränatale Diagnostik

ACT Chordocentese CVS

durchgeführt am: _____
von Doktor: _____

Menge (FW/Blut, Chorion) _____ ml Beschaffenheit der Fruchtwasserprobe:
 klar/hell altblutig frischblutig

Besonderheiten _____

Postnatale Diagnostik

Venenblut
 Abortmaterial
Haut usw.

Entnahme am: _____

Anamnese

Klinische Diagnose/
Symptome/
Fragestellung/
Differentialdiagnose

Wievielte Schwangerschaft _____ Schwangerschaftswoche nach I. R. _____ + _____ Tage
Tag Monat Jahr nach US. _____ + _____ Tage

1. Tag der letzten Regel _____ Geburten _____ Aborte _____
Interruptiones _____ Totgeburten _____

Untersuchungsauftrag

Chromosomenanalyse Alpha-Fetoprotein
 CATCH 22 oder andere FISH-Sonden
 Molekulargenetische Untersuchung:

Als GOÄ-Leistung FISH-Diagnostik
 Chromosomen 21/13
 Chromosomen 21/13 und 18, X, Y

Einweisender Arzt: _____

Unterschrift der Patientin: _____

Unterschrift auf Einverständniserklärung für genetische Untersuchung nicht vergessen!

HUMANGENETISCHES LABOR

Nebenbetriebsstätte des MVZ Labor Leipzig Dr. Reising-Ackermann u. Kollegen

DR. MED. **DAQMAR HUHLE**
Humangenetikerin und Kinderärztin

Leipziger-Str. 176
08058 Zwickau
☎ (03 75) 28 11 26
Fax (03 75) 28 11 10

Praxisanschrift:
Käthe-Kollwitz-Straße 16-18
04109 Leipzig
☎ (03 41) 99 39 84 91
Fax (03 41) 99 39 84 92
www.genetik-praxis.de



AOK	LKK	BKK	IKK	VAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen nach §§ 8 und 9 Gendiagnostikgesetz

**Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige (n) ich/ wir/mein/ unser Einverständnis mit der geplanten zytogenetischen / molekulargenetischen Diagnostik der in Frage stehenden Erkrankung
..... bei mir/uns/meinem/ unserem Kind/ zu erwartenden Kind.**

Ich wurde/ wir wurden im Rahmen einer genetischen Beratung über Ziel und Aussagemöglichkeit dieser Untersuchung informiert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Abnahme des Untersuchungsmaterials (Chorion, Fruchtwasser und/oder Blut) und der Durchführung der genetischen Diagnostik einverstanden und habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Das Gendiagnostikgesetz schreibt eine sofortige Vernichtung des Untersuchungsmaterials vor. Mit Ihrer Einwilligung darf das Material aber länger aufbewahrt werden. Ich bin mit der Aufbewahrung der Probe für ergänzende Untersuchungen zur Diagnosefindung einverstanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial darf in pseudonymisierter Form für laborinterne Qualitätssicherung (Kontrollprobe) und für wissenschaftliche Zwecke eingesetzt werden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mit der Weitergabe des Untersuchungsmaterials an ein Kooperationslabor, sofern es für die Diagnostik notwendig wird, bin ich/ sind wir einverstanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mit der Weitergabe der Befunde außer an den überweisenden Arzt bin ich/ sind wir auch mit der Weitergabe der Befunde an Dr..... einverstanden, der mich/ uns bei Abwesenheit des veranlassenden Arztes auch zeitnah über das Untersuchungsergebnis informieren darf	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über ggf. erhobene Neben- und Zufallsbefunde informiert werden, wenn sie hinsichtlich meiner persönlichen Gesundheit und der meiner Blutsverwandten von Relevanz sind	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten