

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse des Versicherten
geb. am

Adressen-Aufkleber oder
Eindruck mit Patienten-Chipkarte

Rechnung an (bitte immer angeben)

Privatpatient (Adresse bitte immer angeben)
 Sammelrechnung (stationärer Kassenpatient)

Bitte bei ambulanten Kassenpatienten
zusätzlich einen Überweisungsschein einsenden!

MVZ Labor Dr. Limbach
HEIDELBERG

MVZ Labor Dr. Limbach und Kollegen GbR
Im Breitspiel 16 | 69126 Heidelberg
Tel.: +49 6221 3432-300 | info@labor-limbach.de
Fax: +49 6221 3432-110 | www.labor-limbach.de

Patienten-Daten

männlich weiblich divers schwanger

Größe (cm)

Gewicht (kg)

SSW Zyklustag

Auftrags-Nr.

Einsender

Einsendernummer

Station

Eilt

Proben-Daten

Material

Entnahmedatum

Entnahmezeit

24h-Sammelurin

Sammelmenge (ml)

Sammelzeit

Schein-Bestell-Nr. (bitte bei Bestellung angeben)

0036 0108 03



Stand: 17.03.2023

Klinische Angaben / ICD 10 Code

Arzt-Unterschrift

Anforderungsblatt 7

Chromosomenanalyse: Postnatal-Diagnostik

Angeforderte Untersuchung:

- HB Chromosomenanalyse
HB Mikrodeletionen mittels FISH² bitte unten auswählen:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1p36 | <input type="checkbox"/> Prader Willi / Angelman |
| <input type="checkbox"/> Cri-du-chat | <input type="checkbox"/> SHOX-Gen |
| <input type="checkbox"/> DiGeorge, VCFS (CATCH 22) | <input type="checkbox"/> Smith-Magenis |
| <input type="checkbox"/> DiGeorge II (10p14) | <input type="checkbox"/> Steroidsulfatase (STS) |
| <input type="checkbox"/> Kallmann | <input type="checkbox"/> TDF / SRY-Gen |
| <input type="checkbox"/> Miller-Dieker | <input type="checkbox"/> Williams-Beuren |
| <input type="checkbox"/> Phelan-McDermid (22q13.3) | <input type="checkbox"/> Wolf-Hirschhorn |

- FISH² mit Chromosomen-spezifischen "painting" Proben
 Subtelomer-FISH² (nach Rücksprache)

- EB Molekulargenetische Untersuchungen (nur aus EB) °
EB fragiles-X-Syndrom
EB Array- CGH
EB Sonstiges _____

Einwilligungserklärung und Arztunterschrift: siehe Rückseite

Material:

- peripheres Venenblut ¹ (5-10 ml Vollblut; **heparinisiert**)
 Neugeborenenblut ¹ (2-3 ml Vollblut; **heparinisiert**)
 Hautgewebe / Fibroblastenkultur ¹ (steril in Transportmedium)
 Wangenschleimhautabstrich (Entnahmematerial bitte anfordern)

Indikation: (unbedingt angeben)

Anamnese: (bitte stichwortartig Zusammenfassung der wichtigsten Angaben, bisherige Therapie)

Wichtige Hinweise:

- Die entnommenen Proben **nicht** kühlen! Informieren Sie bitte unseren Fahrdienst (Durchwahl: 06221 / 34 32-120) wegen eines **sofortigen** Probentransports. Bitte unbedingt ausschließlich die vorgesehenen Versandbeutel (gelbes Zytogenetik-Etikett) verwenden!
- Bei Kassenpatienten auf Ü-Schein bitte "Chromosomenanalyse" anfordern.
- Bei zytogenetischen Untersuchungen zur Pränatal-Diagnostik bitte Anforderungsblatt 6 anfragen.
- Bei genetischen hämatoonkologischen Fragestellungen bitte Anforderungsschein Hämatoonkologie anfragen.
- Fragen beantworten wir gerne unter der Rufnr. : 0 62 21 / 34 32 -176, FAX 0 62 21 / 34 32-190

Legende:

- 1 = Die geeigneten Probenröhrchen bitte direkt unter der Durchwahl 0 62 21 / 34 32 - 176 anfordern;
2 = Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung
EB = EDTA-Vollblut (ca. 5-10 ml)
HB = Heparin-Blut
° = Weiterleitung

Dieser Beleg wird maschinell gelesen! Bitte mit schwarzem Stift so markieren:

Serum EDTA Citrat Heparin Urin EILT EILT EILT

Name: Name: Name: Name: Name:

Krankenkassen bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Geschlecht des Patienten:		
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt		
Ethnische Herkunft		

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Stempel

Bitte das Formular vollständig ausfüllen!

Angeforderte genetische Untersuchung (ggf. Gene/Indikation):	
.....	<input type="checkbox"/> diagnostisch
.....	<input type="checkbox"/> prädiktiv / keine Symptome
	<input type="checkbox"/> vorgeburtlich ¹

¹Auf die Risiken vor allem bei vorgeburtlichen invasiven Untersuchungen wird im Zuge der Aufklärung zum Eingriff hingewiesen.

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann; dieser wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich dokumentieren. Er wird auch dem genannten Labor unverzüglich einen Nachweis des Widerrufs übermitteln.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	<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
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an folgende Ärzte / Personen geschickt werden (Name & Adresse):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden ohne darauf Anspruch zu erheben.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung dokumentiert werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DNA) nicht nach gesetzlicher Vorgabe unverzüglich vernichtet, sondern für spätere genetische Untersuchungen archiviert wird. Sind diese Untersuchungen vollständig abgeschlossen, übereigne ich das verbleibende genetische Material in anonymisierter Form dem untersuchenden Labor zur Qualitätssicherung sowie zu Forschungszwecken.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. aller gesetzlicher Vertreter

Unterschrift des/der GenDG verantwortlichen Arztes/Ärztin

Name des/der Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben