

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Vertragsarztstempel/ Unterschrift überw. Arzt



MVZ Humangenetik Köln GmbH
 Josef-Haubrich-Hof 3-5
 50676 Köln
 www.humangenetik-koeln.de
 Tel. 0221/888478-0

Auftragsnummer Labor MVZ Humangenetik

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikette einkleben!

ANFORDERUNGSFORMULAR FÜR REPRODUKTIVMEDIZIN

Angaben zum Einsender

Ansprechpartner:

Arztname, ggf. Station, Anschrift

Faxnummer für eilige Befundmitteilung

Angaben zur Probe

Rückfragen unter 0221/888478-25

Abnahmedatum	<input type="checkbox"/> EDTA-Blut	<input type="checkbox"/> Endometriumbiopsie	<input type="checkbox"/> Heparin-Blut	<input type="checkbox"/> Abortmaterial
	<input type="checkbox"/> DNA extrahiert aus: _____	Besteht eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> Ja, SSW <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Sonstiges Material: _____			<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> EILT Erklärung: _____				

Angaben Kostenträger

<input type="checkbox"/> privat, ambulant ¹	<input type="checkbox"/> Selbstzahlerleistung ¹	<input type="checkbox"/> gesetzlich, ambulant (Überweisungsschein Muster 10)
<input type="checkbox"/> privat, stationär ¹	<input type="checkbox"/> Rechnung an Klinik	

¹Bitte beachten Sie Seite 2 des Anforderungsformulars

Verpflichtende Zusatzangaben für gesetzlich versicherte Patienten:

Ein Behandlungsplan für eine reproduktionsmedizinische Maßnahme liegt vor oder ist beantragt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Eine ICSI ist erfolgt oder geplant	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Angaben zum Patienten

Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> D	Konsanguinität der Eltern:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Patient am MVZ bekannt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Ethnische Herkunft:	_____		

Klinische Verdachtsdiagnose/ Symptome/Vorbefunde/ Fragestellung _____

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 aufgezeichnet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden. Ich bin ggf. mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags aus technischen Gründen an ein spezialisiertes Kooperationslabor einverstanden.

Ich bin mit der Befundübermittlung an den überweisenden Arzt einverstanden.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

- der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern Ja Nein
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus Ja Nein
- der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Qualitätssicherung Ja Nein
- der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken Ja Nein

Aufklärung zu Zusatzbefunden: In seltenen Einzelfällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit der oben genannten klinischen Fragestellung stehen, die aber nach aktuellem Wissenstand (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben. Über derartige Zusatzbefunde möchte ich informiert werden (Keine Auswahl wird als NEIN gewertet). 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.

Ort, Datum Name, Vorname aufklärende/r Ärztin/Arzt

Unterschrift aufklärende/r Ärztin/Arzt

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



Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikette einkleben!

PRIVATVERSICHERTE PATIENTEN

Ich schließe hiermit mit der MVZ Humangenetik Köln GmbH einen Behandlungsvertrag bezüglich der angeforderten Untersuchungen (ggf. unten gekennzeichnet) ab. Die privatärztliche Liquidation erfolgt nach den Regeln und den Grundsätzen der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) in der jeweils gültigen Fassung. Mit der Berechnung des max. 2,3 fachen Satzes nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) bin ich einverstanden. Die behandelnden Ärzte können keine Gewähr bezüglich der Erstattung durch eine bestehende Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)

GESETZLICH VERSICHERTE :**Individuelle Gesundheitsleistung: Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung gem. §18 ABS. 9 BMV-Ä**

Ich wurde vom veranlassenden Arzt/der veranlassenden Ärztin über den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung und dessen Begrenzung auf die notwendige Krankenbehandlung unterrichtet. Mir ist bekannt, dass die Leistungen der GKV ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Ich wurde von dem veranlassenden Arzt/der veranlassenden Ärztin darüber informiert, dass die umseitig genannte Untersuchung nicht Bestandteil des GKV-Kataloges, aber gleichwohl medizinisch möglich und sinnvoll ist. Über Möglichkeiten, meine Krankheit zu Lasten meiner Krankenkasse zu diagnostizieren und zu behandeln, wurde ich informiert. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich meine Gesetzliche Krankenversicherung nicht, auch nicht teilweise, an den Kosten der Untersuchung beteiligen wird und ich die Rechnung daher selbst in vollem Umfang zu begleichen habe. Ich wünsche die Durchführung der unten gekennzeichneten humangenetischen Untersuchungen auf privatärztlicher Basis. Die behandelnden Ärzte können keine Gewähr bezüglich der Erstattung durch eine bestehende Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)

Bitte immer ausfüllen:**Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung Abrechnungsstelle:**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.

Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt.

Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen, zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)



ZYTOGENETIK

- Karyotypisierung bei Verdacht auf¹:
- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Auffällige Familienanamnese | <input type="checkbox"/> | Prämatüre Ovarialinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> | Azoospermie/Oligospermie | <input type="checkbox"/> | Rezidivierendes Implantationsversagen |
| <input type="checkbox"/> | Fertilitätsstörung | <input type="checkbox"/> | Rezidivierende Aborte |
| <input type="checkbox"/> | Männlicher Hypogonadismus Gonadalen Ursprungs (primärer Hypogonadismus) | | |

¹Hinweis für gesetzlich-versicherte Personen:

Für eine Chromosomenanalyse, die im Zusammenhang mit einer ICSI veranlasst wird, übernimmt nach §27a Abs. 3 SGB V die gesetzliche Krankenkasse des Ehemannes 50% der Kosten, der Versicherte erhält eine Rechnung in Höhe von 96,88 €.

Hiermit bestätige ich, dass ein genehmigter Behandlungsplan gemäß §27a SGB V der Krankenkasse vorliegt und ich über die Eigenleistung in Höhe von 96,88 € aufgeklärt wurde.

Unterschrift Patient(in)

WEIBLICHE FERTILITÄTSSTÖRUNGEN³

STÖRUNG DER OVARIALFUNKTION

- FMR1-Repeat (Fragiles X-Syndrom, Prämutation)
- NGS-Panel "Prämatüre Ovarialinsuffizienz, POI" (zur Abklärung seltener genetischer Ursachen einer Prämaturen Ovarialinsuffizienz)
BMP15, FIGLA, FOXL2, FSHR, GDF9, HFM1, MCM8, MCM9, NANOS3, NOBOX, NR5A1, PGRMC1, STAG3, SYCE1
- NGS-Panel "Follikelreifungsstörung/embryonaler Arrest" *NLRP2, NLRP5, PADI6, PANX1, PATL2, TLE6, TUBB8, ZP1, ZP2, ZP3*
- NGS-Panel "Polyzystisches Ovarialsyndrom (PCOS)" *CAPN10, CYP11A1, DENND1A, THADA*

ADRENOGENITALES SYNDROM (AGS)

- CYP21A2* (21-Hydroxylase-Defizienz)
- NGS-Panel „Seltene Ursachen AGS“ *CYP11B1, CYP17A1, HSD3B2, STAR*

MÄNNLICHE FERTILITÄTSSTÖRUNGEN³

AZOOSPERMIE/OLIGOSPERMIE

- Mikrodeletion Yq11, AZF (bei nicht-obstruktiver Azoospermie/schwerer bis moderater Oligozoospermie)
- CFTR* (bei obstruktiver Azoospermie/schwerer Oligozoospermie)
- NGS-Panel "Azoospermie" *CFTR, DMRT1, NR5A1, TEX11, TEX15, SYCE1*

MÄNNLICHER HYPOGONADISMUS HYPOTHALAMISCH-HYPOPHYSÄREN URSPRUNGS

- NGS-Panel "Hypogonadotroper Hypogonadismus" *ANOS1, CHD7, FGF8, FGFR1, GNRHR, KISS1R, NR0B1, PROK2, PROR2, TACR3*

RISIKOPRÄZISIERUNG IM RAHMEN DER FAMILIENPLANUNG³

- Praecon-Test Heterozygoten-Screening beider Partner mittels NGS² **Veranlassung nur nach genetischer Beratung!**
Testung auf gemeinsame Anlageträgerschaften, Analyse von über 600 Genen, inkl. Anlageträgerschaft für Cystische Fibrose und SMA
Kosten der Selbstzahlerleistung für beide Partner zusammen: 1.301,56 €

²Bitte beachten Sie Seite 2 des Anforderungsformulars

SONSTIGES³

- Microarray (hochauflösende molekulare Chromosomenanalyse)⁴

⁴Für gesetzlich-versicherte Personen:

Bei gesetzlich versicherten Patienten ist vor der hochauflösenden Chromosomenanalyse eine konventionelle Chromosomenanalyse durch Karyotypisierung obligatorisch, wir bitten daher um folgende Angabe:

- eine konventionelle Chromosomenanalyse ist bereits erfolgt Ja Nein
- eine konventionelle Chromosomenanalyse soll durchgeführt werden Ja Nein

Sonstiges: _____

³Analysen werden ggf. durch externe, ärztlich-geführte Labore durchgeführt.