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

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Humangenetik Köln

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

Auftragsnummer Labor MVZ Humangenetik
– nur vom Labor auszufüllen –

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Eingangsdatum _____ Uhrzeit _____

ANFORDERUNGSFORMULAR SONSTIGE POSTNATALE DIAGNOSTIK

Angaben zum Einsender

Ansprechpartner: Arztname, ggf. Station, Anschrift _____

Faxnummer für eilige Befunde _____

Angaben zur Probe (Rückruf unter 0221/888478-25)

- ○ EDTA-Blut
- ○ Heparin-Blut
- ○ Mundschleimhaut-Abstrich

○ DNA extrahiert aus: _____

○ Sonstiges Material: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ○ Nein ○ Ja SSW [ ][ ] + [ ]

Abnahmedatum: _____

○ **EILT!** Erklärung: _____

Angaben zum Kostenträger

- ○ gesetzlich, ambulant (Muster 10)
- ○ privat, ambulant (S. 3 beachten)
- ○ privat, stationär (S. 3 beachten)
- ○ Selbstzahlerleistung (S. 3 beachten)
- ○ Rechnung an Klinik

Hinweis: Humangenetische Analysen aus EBM Kapitel 11 belasten **nicht** den Wirtschaftlichkeitsbonus oder das Laborbudget.

Angaben zur Patienten

Geschlecht:	○ M	○ W	○ D
Patient am MVZ bekannt:	○ Ja	○ Nein	
Patient erkrankt:	○ Ja	○ Nein	
Konsanguinität der Eltern:	○ Ja	○ 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 bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Humangenetik Köln

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

Zytogenetik

- ○ Karyotypisierung

Molekulare Zytogenetik

- ○ FISH 21q22.1 (Down-Syndrom kritische Region)
- ○ FISH 22q11.2 (DiGeorge-Syndrom kritische Region)
- ○ sonstige FISH-Analysen: _____
- ○ Microarray-Analyse*

Molekulargenetik*

- ○ DNA-Asservierung
- ○ Familiär bekannte Mutation (Bitte Befund beilegen): _____
- ○ Klinisches Single-Exom
- ○ Indikationsbezogene Genpanelanalyse: _____
- ○ Klinisches Trio-Exom Bitte EDTA-Blut der Eltern mitsenden und von beiden Eltern eine unterschriebene Einverständnis-Erklärung beilegen. siehe S. 2

  Eltern sind klinisch unauffällig: ○ Ja ○ Nein

  Familienmitglieder mit ähnlichen klinischen Auffälligkeiten: _____

  Beschreibung der klinischen Auffälligkeiten: _____

  _____

* Analysen werden ggf. durch externe, ärztlich geführte Labore durchgeführt.

KOSTENÜBERNAHME-ERKLÄRUNGEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Humangenetik Köln

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

Gesetzlich Versicherte

Individuelle Gesundheitsleistung: Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung gem. §18 ABS. 9 BMV-Ä
Ich wurde von dem 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 vom veranlassenden Arzt/der veranlassenden Ärztin informiert, dass die umseitig genannte Untersuchung nicht Bestandteil des GKVKataloges, 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.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

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. Die behandelnden Ärzte können keine Gewähr bezüglich der Erstattung durch eine bestehende Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

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 PVSUnternehmen 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

Abweichender Rechnungsempfänger:

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 oder gesetzliche/r Vertreter/in

Unterschrift abweichende/r Rechnungsempfänger/in