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 FÜR REPRODUKTIONSMEDIZIN

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

○ Abortmaterial: _____

● Sonstiges Material: _____

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

Abnahmedatum: _____ ○ **EILT!** Erklärung: _____

Angaben zum Kostenträger

- ○ gesetzlich, ambulant (Muster 10)
- ○ privat, ambulant (S. 4 beachten)
- ○ privat, stationär (S. 4 beachten)
- ○ Selbstzahlerleistung (S. 4 beachten)
- ○ Rechnung an Klinik

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

Verpfl. Zusatzangaben für gesetzlich versicherte Patienten

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

Eine ICSI ist erfolgt oder geplant ○ Ja ○ Nein

Angaben zur Patientin/zum Patienten

Geschlecht:	○ M	○ W	○ D
Patient/in am MVZ bekannt:	○ Ja	○ Nein	
Patient/in 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

ANFORDERUNGEN FÜR REPRODUKTIONS-MEDIZIN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Humangenetik Köln

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

Weibliche Fertilitätsstörungen

Fertilitätsstörung bei der Frau [N97.9]
- ○ Chromosomenanalyse
- ○ FISH-Analyse bei Verdacht auf gonosomales Mosaik (an Mundschleimhaut)

Rezidivierende Aborte [N96]
- ○ Chromosomenanalyse
- ○ NGS-Panel „Rezidivierende Molenschwangerschaft“ – *F10, KHDC3L, MEI1, NLRP7, PADI6, REC114, TOP6BL*

Prämature Ovarialinsuffizienz (POI) [E28.3]
- ○ Chromosomenanalyse
- ○ FMR1-Repeat (Fragiles X-Syndrom, Prämutation) *
- ○ NGS-Panel „Prämature Ovarialinsuffizienz“ (zur Abklärung seltener genetischer Ursachen einer prämaturen Ovarialinsuffizienz) *BMP15, FIGLA, FOXL2, FSHR, GDF9, HFM1, MCM8, MCM9, NANOS3, NOBOX, NR5A1, PGRMC1, STAG3, SYCE1*

Adrenogenitales Syndrom (AGS) [E25.9]
- ○ CYP21A2 (21-Hydroxylase-Defizienz) *
- ○ NGS-Panel „Seltene Ursachen AGS“ – *CYP11B1, CYP17A1, HSD3B2, STAR*

Syndrom Polyzystischer Ovarien [E28.2]
- ○ NGS-Panel „Polyzystisches Ovarialsyndrom“ – *CAPN10, CYP11A1, DENND1A, GNRH1, INS, INSR, IRS1, IRS2, KISS1, TACR3, THADA*

Rezidivierendes Implantationsversagen [N97.2]
- ○ Chromosomenanalyse
- ○ NGS-Panel „Follikelreifungsstörung/embryonaler Arrest“ – *BTG4, NLRP2, NLRP5, PADI6, PANX1, PATL2, TLE6, TRIP13, TUBB8, ZP1, ZP2, ZP3*

Männliche Fertilitätsstörungen

Fertilitätsstörung beim Mann & rezidivierende Aborte der Partnerin [Q99.9]
- ○ Chromosomenanalyse
- ○ FISH-Analyse bei Verdacht auf gonosomales Mosaik (an Mundschleimhaut)

Rezidivierendes Implantationsversagen [N97.2]
- ◉ Chromosomenanalyse

Azoospermie/Oligozoospermie/Teratozoospermie [N46]
- ○ Chromosomenanalyse
- ○ *CFTR* (bei obstruktiver Azoospermie/schwerer Oligozoospermie) *
- ○ Mikrodeletion Yq11, AZF (bei nicht-obstruktiver Azoospermie/schwerer bis moderater Oligozoospermie) *
- ○ NGS-Panel „Azoospermie“ – *AR, DMRT1, FANCA, FANCM, NR5A1, PPP2R3C, SOHLH1, SYCP2, SYCP3, TEX11, MCM8, PLCZ1, SUN5, SYCE1, TAF4B, TEX14, TEX15, ZMYND15*
- ○ NGS-Panel „Terato- und Asthenozoospermie“ – *AURKC, CATSPER1, CATSPER2, DNAH1, DPY19L2, DZIP1, SEPT12, SLC26A8, SPATA16*

Männlicher Hypogonadismus Gonadalen Ursprungs (primärer Hypogonadismus) [E29.1]
- ○ Chromosomenanalyse

Männlicher Hypogonadismus Hypothalamisch-Hypophysären Ursprungs [E23.0]
- ○ NGS-Panel „Hypogonadotroper Hypogonadismus“ – *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 [R86.9]
- ○ NGS-Panel „Morphologische Spermienanomalien“ – *ARMC2, CFAP65, CFAP69, DNAH1, AK7, ARMC2, CDC14A, CFAP43, CFAP44, CFAP65, CFAP69, DNAH1, DNAH17, DNAH6, FSIP2, PMFBP1, QRICH2, RSPH3, SPEF2, TTC21A, TTC29, WDR19, WDR66*

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

ANFORDERUNGEN FÜR REPRODUKTIONS-MEDIZIN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Humangenetik Köln

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

Auffällige Eigen- und/oder Familienanamnese

Entwicklungsstörung in der Familienanamnese

- ○ Chromosomenanalyse
- ○ *FMR1*-Repeat (z. A. Anlageträgerschaft für Fragiles X-Syndrom) *

○ Sonstiges _____

Angaben zum/zur Indexpatient/in _____

in der Familienamamnese _____

Genetische Untersuchung an Abortgewebe

Fehlgeburt [N96]

- ○ Chromosomenanalyse an Abortgewebe

Selbstzahlerleistungen (bitte Kostenübernahmeerklärung auf Seite 4 ausfüllen)

- ○ Microarray (hochauflösende Chromosomenanalyse) aus Abortgewebe *

Risikopräzisierung im Rahmen der Familienplanung

(Veranlassung nur nach genetischer Beratung!)

Selbstzahlerleistungen (bitte Kostenübernahmeerklärung auf Seite 4 ausfüllen)

- ○ Anlageträgerschaft für Cystische Fibrose (Mukoviszidose, Carrier-Frequenz 1:28) *
- ○ Anlageträgerschaft für Spinale Muskelatrophie (SMA, Carrier-Frequenz 1:50) *
- ○ Carrier-Screening beider Partner mittels NGS *
  (Testung auf gemeinsame Anlageträgerschaften, Analyse von über 600 Genen, inkl. Anlageträgerschaft für Cystische Fibrose & SMA)
- ○ Nachauswertung Carrier-Screening (praeCon-Test) für isolierte Anlagenträgerschaft *

Chromosomenanalyse bei intracytoplasmatischer Spermieninjektion

- ○ Chromosomenanalyse

Hinweis für gesetzlich versicherte Patienten:
Für eine Chromosomenanalyse, die im Zusammenhang mit einer ICSI veranlasst wird, übernimmt nach §27a Abs. 3SGB 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.

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

* 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/r Patient/in

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/r Patient/in

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

Abweichende/r Rechnungsempfänger/in:

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