



Patientendaten ggf. -Aufkleber

Name _____

Vorname _____ Geb.-Datum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Kostenträger _____

Geschlecht weiblich männlich Infektiös

Ethnizität /Herkunft _____

Anforderungsschein für Laborleistungen

Befund an verantwortliche ärztliche Person (gemäß GenDG)

Adresse _____

Tel. _____ Fax _____

Fragestellung diagnostisch prädiktiv vorgeburtlich

Material _____ Entnahmedatum _____

Molekulargenetische Voruntersuchungen in Bezug auf die
 aktuelle Indikationsstellung (Befundkopien bitte beifügen):

Indexfall in der Familie bekannt? Ja Nein

Molekulargenetische Vorbefunde

Bitte unbedingt ankreuzen! KV (Ü-Schein Nr. 10 erforderlich, EBM) Selbstzahler (GOÄ) Rechnung an Einsender (GOÄ) §116b (EBM)

Diese Untersuchungen werden bei gesetzlich Versicherten nach Ziffern aus dem
 Kapitel 11 des EBM abgerechnet. Diese belasten das Laborbudget nicht.
 Bitte beachten Sie die Angabe der Ausnahmekennziffer auf dem Ü-Schein Nr. 10.

Kostenübernahmeerklärung bei privater Versicherung

Bitte klären Sie mit Ihrem Versicherer die Kostenübernahme für die molekular-
 genetischen Analysen. Ohne Klärung der Kostenübernahme kann nicht mit der
 Untersuchung begonnen werden.

Fettstoffwechselstörungen**Material: (5)-10 ml EDTA-Blut (geringere Mengen, DNA nach Rücksprache), Transport bei Raumtemperatur****Hinweis: Unbeschriftetes Material muss verworfen werden****Indikation zur Untersuchung (bitte ankreuzen), weitere Angaben gemäß KBV empfohlen (s. Rückseite).****Bei privat versicherten Personen sollte eine Kostenzusage der Krankenkasse vorliegen. Hierfür erstellen wir gerne einen Kostenvoranschlag.** **Familiäre Hypercholesterinämie***ABCG5, ABCG8, APOB, APOE, LDLR, LDLRAP1, PCSK9* **Primäre Hypertriglyceridämie***APOA5, APOC2, CREB3L3, GPIHBP1, LMF1, LPL* **Target-Diagnostik**

bei bereits bekannter Sequenzvariante in der Familie

Gen und Variante: _____

 Befundauswertung Powered by **healthincode**

Die Einwilligungserklärung des o. g. Patienten nach Gendiagnostikgesetz
 zur angeforderten genetischen Untersuchung liegt mir vor.
 (Bitte Kopie beilegen)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Klinische Informationen / Laborwerte / molekulargenetische Vorbefunde

(Angaben bei Anforderung von Diagnostik empfohlen)

Bitte molekulargenetische Vorbefunde in Bezug zur Fragestellung und Arztbriefe in Kopie beifügen:

Zur Plausibilitätskontrolle ist eine möglichst detaillierte Beschreibung des klinischen Bildes notwendig.

Angabe, ob Indexfall in der Familie bekannt? (bitte Befunde und ggf. Familienstammbaum beifügen)

Möglicherweise liegen bereits Untersuchungsergebnisse von betroffenen Familienangehörigen vor. Durch Kenntnis in der Familie bekannter Sequenzvarianten reduzieren sich Untersuchungsaufwand und Kosten.

Klinische Angaben:

Hypercholesterinämie

- tendiöse Xanthome
- Hautxanthome
- Xanthelasmen
- Arcus corneae
- Arthritis
- Kardiovaskuläre Erkrankung
- _____

LDL-Cholesterin-Konzentration

Sonstiges

Hypertriglyceridämie

- Pankreatitis
- Kardiovaskuläre Erkrankung
- _____

Triglycerid-Konzentration

Sonstiges

Auffällige Familienanamnese: Ja Nein

Molekulargenetische Vorbefunde:

Weitere Besonderheiten: Ja Nein

Methoden:

NGS, PCR, Sanger-Sequenzierung