

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

Ambulanzzentrum der **MHH** GmbH

Barcode Humangenetik
----------------------

Versichertenstatus

Kasse:

ambulant (bitte Überweisungsschein Muster 10)

Arztstempel
-------------

Ambulanzzentrum der MHH, angestellte Ärzte:  
 Dr. med. B. Auber, PD Dr. med. habil. A.K. Bergmann,  
 Prof.in Dr. med. G. Göhring, Dr. med. S. Morlot,  
 Dr. med. T. Ripperger PhD, Prof. in Dr. med. B. Schlegelberger,  
 Dr. med. C. Scholz

Fachbereich Humangenetik, OE 6300  
 Prof. Dr. med. Brigitte Schlegelberger  
 Carl-Neuberg-Str. 1  
 30625 Hannover  
[www.mh-hannover.de/humangenetik.html](http://www.mh-hannover.de/humangenetik.html)



## Untersuchungsauftrag Array-CGH

(Materialannahme: Montag – Freitag 8 – 16 Uhr, Samstag 8 – 12 Uhr) Tel.: Eingangslabor: 0511 532 3114

**Rücksprache unter:** 0511-532-4669 Prof. Dr. rer. nat. Doris Steinemann ([steinemann.doris@mh-hannover.de](mailto:steinemann.doris@mh-hannover.de))  
 0511-532-9432 Dr. med. Susanne Morlot ([morlot.susanne@mh-hannover.de](mailto:morlot.susanne@mh-hannover.de))  
 0511-532-4611 Dr. med. Tim Ripperger, PhD ([ripperger.tim@mh-hannover.de](mailto:ripperger.tim@mh-hannover.de))

### Untersuchungsmaterial:

- EDTA-Blut
  - EDTA-Knochenmark
  - DNA
  - Sonstiges \_\_\_\_\_
- Tag der Probennahme: \_\_\_\_\_

### Formate:

**Sonderformate** nur nach Rücksprache mit  
**Prof. Dr. rer. nat. Doris Steinemann** (s. o.)  
 [z.B. hochauflösende (1M-Array), SNP/CGH-Array  
 (UPD/Aberration)]

**Bitte ggf. Kopien von Vorbefunden mitschicken!**

### Klinische Befunde/Indikation:

- Befund der Chromosomenanalyse: (Chromosomenanalyse obligatorisch vor der Veranlassung einer Array Analyse)

---

- Dysmorphiezeichen
- tiefgreifende Entwicklungsstörung des Autismus-Formenkreises
- multiple Fehlbildungen
- geistige Behinderung

Ggf. weitere Symptome: \_\_\_\_\_

---



---



---

Ambulanzzentrum der MHH GmbH  
 Geschäftsführer: Dr. med. Karen Deegener, Dipl.-Kfm. Kaspar Stubendorff, Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. med. H.-H. Kreipe  
 Bank für Sozialwirtschaft, IBAN DE41 2512 0510 0009 4960 00, SWIFT/BIC BFSWDE33HAN  
 Sitz der Gesellschaft: Hannover, Amtsgericht Hannover HRB 202179, USt-IdNr: DE256712359

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz\*

Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz - GenDG) vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2529, 3672)

**Mit der Durchführung genetischer Untersuchungen wie umseitig angegeben erkläre ich mich einverstanden<sup>1</sup>.**

Ich erkläre mich einverstanden mit der	Ja	Nein
<b>Anforderung meiner Krankenunterlagen/Tumorgewebe</b> und ggf. weitere <b>Untersuchungen/ Zweitbefundungen</b> durch Mitarbeiter der MHH bzw. der Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aufbewahrung relevanter Daten/Untersuchungsergebnisse</b> über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus, damit sie ggf. meinen Angehörigen für spätere Untersuchungen zur Verfügung stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aufbewahrung und Verwendung</b> von überschüssigem Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchungen zur Ergebniskontrolle, Qualitätssicherung und ggf. für neue <b>Diagnostikmöglichkeiten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aufbewahrung und Verwendung</b> von überschüssigem Probenmaterial, Datenweitergabe (auch Asservierung von DNA/Plasma aus einer EDTA-Blutprobe bzw. Serum aus einer Serum-Blutprobe von mir in der Biobank der MHH) sowie Publikation von Ergebnissen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form im Rahmen von <b>Forschungsprojekten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Übermittlung</b> meines Befunds an einen in gleicher Weise kompetenten <b>Vertreter der verantwortlichen ärztlichen Person</b> durch das beauftragte Labor - in <b>Ausnahmefällen</b> – sowie Befundmitteilung an mich durch diesen Vertreter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mitteilung von klinisch relevanten Zusatzbefunden</b> Im Rahmen genetischer Analysen können Informationen gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, aber trotzdem von medizinischer Bedeutung sein können (sogenannte Zusatzbefunde). Zusatzbefunde können eine unmittelbare klinische Bedeutung haben und therapierelevant sein. Im Falle eines Nachweises will ich über Zusatzbefunde benachrichtigt werden, aus denen sich für mich ein relevantes Risiko für Erkrankungen ergibt, für welche etablierte Therapien bzw. Früherkennungsmaßnahmen zur Verfügung stehen. Ein Anspruch auf Vollständigkeit oder eine zukünftige Aktualisierung solcher Zusatzbefunde besteht nicht. Das Gendiagnostikgesetz schränkt genetische Untersuchungen ein (z.B. bei Kindern auf Grund fehlender Konsequenzen im jungen Alter), so dass ggf. auch - entgegen einer Zustimmung - keine Mitteilung von Zusatzbefunden erfolgt. In diesen Fällen können die Zusatzbefunde zu einem späteren Zeitpunkt (nach Erreichen der Einverständnissfähigkeit der untersuchten Person, i.d.R. ab Erreichen der Volljährigkeit) erfragt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mitteilung von klinisch relevanten Forschungsergebnissen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weiterleitung der Daten für Abrechnungszwecke</b> an eine ärztliche Verrechnungsstelle (ohne Bekanntgabe des Untersuchungsergebnisses).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an <u>alle</u> Familienangehörige / nur an <u>folgende</u> Familienangehörige:</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an mitbehandelnde Ärzte</b> der MHH/der Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ) und an die folgenden Ärzte:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Hiermit erkläre ich, dass ich ausreichend über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft sowie mögliche Risiken und psychosoziale Auswirkungen der Untersuchungen aufgeklärt worden bin. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). (Nur bei zugesandten Proben: Mir wurde eine genetische Beratung angeboten, diese möchte ich zunächst nicht wahrnehmen. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit einen Beratungstermin in Anspruch nehmen kann). Mit einem für die Bearbeitung erforderlichen Austausch personenbezogener und medizinischer Daten zwischen dem Ambulanzzentrum der MHH GmbH und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) bin ich einverstanden. Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetische Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung sowie vor prädiktiven (vorhersagenden) Analysen eine genetische Beratung. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen darüber hinaus, die o. g. Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären

X X

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort Unterschrift Patient/in / ggf. gesetzlicher Vertreter

**Eine Kopie dieses Dokuments habe ich erhalten.**

X

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

X X X

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort Name in Druckschrift Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Ärztas

## Laborüberweisungsschein Muster 10 - Ausfüllhilfe

Bitte füllen Sie den Laborüberweisungsschein (Muster 10) unter Beachtung folgender Punkte vollständig aus:

The image shows a form for a laboratory referral slip (Muster 10) with various fields and checkboxes. Red boxes and numbers 1-9 highlight specific areas for attention. The form includes fields for patient information, insurance details, laboratory order number, and medical diagnosis. It also features checkboxes for 'Kurativ', 'Präventiv', and 'bei belegärztl. Behandlung', as well as a QR code and a 'Verbindliches Muster' stamp.

**1** Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 24.05.2011**  
Name, Vorname des Versicherten  
geb. am **4**

**2** Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

**3** Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

**5** **Überweisungsschein für Laboratoriums-  
untersuchungen als Auftragsleistung**  
Auftragsnummer des Labors  
Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett einkleben!

**6** ggf. Kennziffer **6** Quartal

Kontrolluntersuchung  
bekannte Infektion **W M**

Behandlung  
gemäß  § 116b  
SGB V  eingeschränkter  
Leistungsanspruch  
gemäß § 16  
Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation,  
Schwangerschaftsabbruch

Befundübermittlung  
eilt, nachrichtlich an Telefon  
Nr. Fax  
Nr.

**7** Diagnose/Verdachtsdiagnose  
Befund/Medikation

**8** Auftrag

**9** **Verbindliches Muster**  
Verfasserarztstempel / Unterschrift (über Arzt)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülereunfällen  
Muster 10 (1.2012)

### Angegeben werden müssen:

1. Krankenkasse bzw. Kostenträger, Name, Vorname und Geburtsdatum
2. Kassenummer, Versichertennummer und Status
3. Betriebsstättennummer, Arztnummer und Datum
  - Achtung: Das Datum darf **nicht nach dem Datum** der Materialentnahme liegen
4. Kreuz bei Kurativ setzen
5. Ggf. **kann** eine Ausnahmeindikationsziffer eintragen werden
6. Richtiges Quartal
7. Diagnose/Verdachtsdiagnose
8. Auftrag
9. Überweisungsschein mit Stempel und Unterschrift des überweisenden Arztes versehen