

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

Ambulanzzentrum der **MHH** GmbH

Versichertenstatus

Kasse:

ambulant (bitte Überweisungsschein Muster10 mit Diagnose & Auftrag beifügen)

Barcode Humangenetik

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.in Dr. med. Brigitte Schlegelberger
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover
www.mh-hannover.de/humangenetik.html



Untersuchungsauftrag molekulargenetische Diagnostik bei erblichen Erkrankungen

Untersuchungsmaterial:

EDTA-Blut (mind. 2 ml) Mundschleimhautabstrich genomische DNA isoliert aus:

Entnahmedatum: _____ **Achtung: nicht eindeutig beschriftetes Material müssen wir verwerfen!**

Eilige Diagnostik, Befund muss vorliegen bis zum: _____ (Bearbeitungsdauer **mind. 20 Werktage**)

Klinische Informationen – Indikation & Leitsymptome (bitte aussagekräftige Arztbriefe/Befunde beilegen):

Insbesondere bei Multigenanalysen werden eine Vielzahl von Varianten gefunden. Nur mit entsprechenden Informationen zur Klinik Ihres Patienten kann eine gezielte Varianteninterpretation erfolgen und die Diagnoserate deutlich gesteigert werden.

Klinische (Verdachts-) Diagnose mit **ICD-10 Code**: _____

Symptome/ Dysmorphiezeichen:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Hat eine **Knochenmark-/Stammzelltransplantation** stattgefunden? Ja Nein

Ethnische Herkunft: _____

Blutsverwandtschaft? Ja Nein **Ggf. Verwandtschaftsverhältnis angeben (z. B. Cousin / Cousine 1. Grades):**

Weitere Betroffene in der Familie: _____

A) Prädiktive Analyse auf eine bereits in der Familie bekannte pathogene Variante (ein Indexpatient ist in der Familie bekannt):

- Welche familiäre pathogene Variante liegt in der Familie vor (obligat **bitte Kopie des Befundes beilegen**)?

Gen: _____ Pathogene Variante: _____

- Des Indexpatienten in der Familie
- Verwandtschaftsverhältnis des Indexpatienten zu Ihrem Patienten (z. B. Mutter?)

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: _____

B) Multigen- und Einzel-Genanalysen (wenn verfügbar inkl. MLPA-Diagnostik auf größere Deletionen/Duplikationen)

Anämien, erblich bedingte (ICD-10 Code in Klammern)	
<input type="checkbox"/> Blackfan-Diamond Anämie (D61.0): <i>RPL5, RPL11, RPL35A, RPS10, RPS17, RPS19, RPS24, RPS26</i>	AN01_00
<input type="checkbox"/> IRIDA, Iron refractory, iron deficiency anemia (D64.9): <i>TMPRSS6</i>	AN02_00
<input type="checkbox"/> TRMA, Thiamin-responsive megaloblastäre Anämie (D64.9): <i>SLC19A2</i>	AN03_00
<input type="checkbox"/> BENTA-Erkrankung, "B cell expansion with NF-κB and T cell anergy" (D64.9): <i>CARD11</i>	AN04_00
<input type="checkbox"/> CSA, Kongenitale Sideroblastische Anämie (D64.0): <i>ABCB7, ALAS2, GLRX5, PUS1, SLC19A2, SLC25A38</i>	AN05_00
<input type="checkbox"/> Shwachman-Diamond-Syndrom (D61.0): <i>DNAJC21, EFL1, SBDS, SRP54</i>	AN06_00

Bindegewebserkrankungen (ICD-10 Code in Klammern)	
<input type="checkbox"/> Ehlers-Danlos-Syndrom, klassischer Typ (Q79.6): <i>COL1A1, COL5A1, COL5A2</i>	BG01_00
<input type="checkbox"/> Ehlers-Danlos-Syndrom, vaskulärer Typ (Q79.6): <i>COL3A1</i>	BG02_00
<input type="checkbox"/> Loews-Dietz Syndrom (Q87.4): <i>SMAD3, TGFB2, TGFB1, TGFB2</i>	BG03_00
<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom (Q87.4): <i>FBN1, TGFB1, TGFB2</i>	BG04_00

Dermatologische Erkrankungen (ICD-10 Code in Klammern)	
<input type="checkbox"/> Ichthyose, kongenitale autosomal rezessive (Q80.9): <i>ABCA12, ALOX12B, ALOXE3, CASP14, CERS3, CYP4F22, LIPN, NIPAL4, PNPLA1, SDR9C7, SLC27A4, TGM1</i>	DE01_00

Herz- und Gefäßerkrankungen (ICD-10 Code in Klammern)	
<input type="checkbox"/> Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC) (I42.80): <i>DSC2, DSG2, DSP, JUP, PKP2, TMEM43</i>	HE01_00
<input type="checkbox"/> Arterial tortuosity syndrome (ATS) (I77.9): <i>SLC2A10</i>	HE02_00
<input type="checkbox"/> Bikuspidale Aortenklappe (BAV) (Q23.1): <i>NOTCH1, SMAD6</i>	HE03_00
<input type="checkbox"/> Brugada Syndrom (I45.8): <i>CACNA1C, CACNB2, GPD1L, KCNE3, SCN1B, SCN3B, SCN5A, SCN10A</i>	HE04_00
<input type="checkbox"/> Danon-Erkrankung (E74.0): <i>LAMP2</i>	HE05_00
<input type="checkbox"/> Dilatative Kardiomyopathie (DCM)(I42.0): <i>BAG3, LMNA, MYBPC3, MYH7, PLN, RBM20, SCN5A, SGCD, TAZ, TNNI3, TNNT2, TMP1,</i>	HE06_00
<input type="checkbox"/> Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM) (I42.2): <i>ACTC1, MYBPC3, MYH7, MYL2, MYL3, TNNC1, TNNI3, TNNT2, TPM1</i>	HE07_00
<input type="checkbox"/> Jervell- und Lange-Nielsen Syndrom (I45.8): <i>KCNE1, KCNQ1</i>	HE08_00
<input type="checkbox"/> Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie, CPVT (I47.9): <i>CALM1, CALM2, CASQ2, RYR2, TRDN</i>	HE09_00
<input type="checkbox"/> Linksventrikuläre non-compaction Kardiomyopathie (I42.9): <i>ACTC1, MYBPC3, MYH7, TAZ, TNNT2, TPM1</i>	HE10_00
<input type="checkbox"/> Loews-Dietz Syndrom (Q87.4): <i>SMAD3, TGFB2, TGFB1, TGFB2</i>	HE11_00
<input type="checkbox"/> Long-QT-Syndrom (I45.8): <i>ANK2, KCNE1, KCNH2, KCNQ1, KCNE2, SCN5A</i>	HE12_00
<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom (Q87.4): <i>FBN1, TGFB1, TGFB2</i>	HE13_00
<input type="checkbox"/> Restriktive Kardiomyopathie (RCM) (I42.5): <i>ACTC1, MYH7, MYPN, TNNI3, TNNT2</i>	HE14_00
<input type="checkbox"/> Short-QT-Syndrom (I49.8): <i>KCNH2, KCNJ2, KCNQ1</i>	HE15_00
<input type="checkbox"/> Thorakales Aortenaneurysma mit/ohne Dissektion, TAAD (I71.2): <i>ACTA2, COL3A1, FBN1, MFAP5, MYH11, MYLK, PRKG1, SLC2A10, SMAD3, TGFB2, TGFB3, TGFB1, TGFB2</i>	HE16_00

Immunologische Erkrankungen (ICD-10 Code in Klammern)	
<input type="checkbox"/> Autoinflammatorische Erkrankungen (intermittierende Fiebererkrankungen) (D89.9): <i>IL1RN, IL36RN, LPIN2, MEFV, MVK, NLR4, NLRP12, NLRP3, NOD2, PLCG2, PSMB8, PSTPIP1, TNFRSF1A</i>	IM01_00
<input type="checkbox"/> Candida-Infektionen, zellulärer Immundefekt für rezidivierende (B37.9): <i>AIRE, CARD9, DOCK8, IL12RB1, IL17F, IL17RA, IL2RA (=CD25), STAT1, STAT3, TYK2</i>	IM02_00
<input type="checkbox"/> Immundefektsyndrom, variables (CVID) (D83.8): <i>CD19, CR2, CTLA4, ICOS, IKZF1, IRF2BP2, LRBA, NFKB1, NFKB2, PIK3CD, TNFRSF13B, TNFRSF13C</i>	IM03_00
<input type="checkbox"/> Epidermodysplasia verruciformis (EVER1/2-assoziiert) und DD (B07.8): <i>CXCR4, DOCK8, GATA2, MST1, SPINK5, STK4, TMC6, TMC8</i>	IM04_00

Krebserkrankungen, erblich bedingte/ Tumordispositionssyndrome (ICD-10 Code in Klammern)	
Brust-/Eierstockkrebs: für die Untersuchung von <i>BRCA1/BRCA2</i> bzw. weiteren mit Brust- und Eierstockkrebs assoziierten Genen verwenden Sie bitte den gesonderten „Auftrag zur molekulargenetischen Untersuchung bei V. a. hereditäres Mamma- und/oder Ovarialkarzinom (HBOC)“	
Lynch-Syndrom: für die Untersuchung von <i>MSH2/MSH6</i> bzw. <i>MLH1/PMS2</i> verwenden Sie bitte den gesonderten „Auftrag zur molekulargenetischen Untersuchung bei V. a. hereditäres, nicht polyposes kolorektales Karzinom (HNPCC, Lynch-Syndrom)“	
<input type="checkbox"/> Birt-Hogg-Dubé-Syndrom (D21.9): <i>FLCN</i>	TU01_00
<input type="checkbox"/> Cowden-Syndrom (Q89.9): <i>PTEN</i>	TU02_00
<input type="checkbox"/> Dyskeratosis congenita (Q82.8): <i>ACD, CTC1, DKC1, NHP2, NOP10, PARN, RTEL1, TERC, TERT, TINF2, WRAP53</i>	SY04_00
<input type="checkbox"/> Leukämie, familiäre (C94): <i>ANKRD26, CEBPA, ETV6, GATA2, RUNX1</i> (weitere Gene ggf. nach Rücksprache)	TU03_00
<input type="checkbox"/> Li-Fraumeni-Syndrom (D48.9): <i>TP53</i>	TU04_00
<input type="checkbox"/> Magenkarzinom, diffuses; assoziiert mit lobulärem Brustkrebs (C16.9): <i>CDH1</i> (kodiert für E-Cadherin)	TU05_00
<input type="checkbox"/> Multiple Endokrine Neoplasie Typ 1 (D44.8): <i>CDKN1B, MEN1</i>	TU06_00
<input type="checkbox"/> Multiple Endokrine Neoplasie Typ 2(D44.8): <i>RET</i>	TU07_00
<input type="checkbox"/> Pankreaskarzinom, familiäres (C25.9): <i>ATM, BRCA1, BRCA2, CDKN2A, PALB2,</i>	TU08_00
<input type="checkbox"/> Paragangliom / Phäochromozytom (C75.9): <i>MAX, RET, SDHAF2, SDHA, SDHB, SDHC, SDHD, TMEM127, VHL</i>	TU09_00
<input type="checkbox"/> Peutz-Jeghers-Syndrom (Q85.8): <i>STK11</i>	TU10_00
<input type="checkbox"/> Polyposis, juvenil (D12.6): <i>SMAD4, BMPR1A</i>	TU11_00
<input type="checkbox"/> Polyposis, adenomatöse (Stufendiagnostik) (D12.6): <i>APC, MUTYH</i> , ggf. <i>BUB1B, MSH3, NTHL1, POLD1, POLE</i>	TU12_00
<input type="checkbox"/> Von Hippel-Lindau-Syndrom (Q85.8): <i>VHL</i>	TU13_00

Lebererkrankungen (ICD-10 Code in Klammern)	
<input type="checkbox"/> Cholestase mit niedriger bzw. normaler GGT; PFIC Typ 1, 2, 4, 5; kongenitale Gallensäuresynthesedefekte Typ 1-5; Claudindefizienz; Citrindefizienz; MVID; Crigler-Najar-Syndrom; Dubin-Johnson-Syndrom (K76.9)*: <i>ABCB11, , ABCD3, AKR1D1, AMACR, ATP8B1, BAAT, CLDN1, CYP7B1, HSD3B7, MYO5B, NR1H4, SLC25A13, TJP2,</i>	LE01_00
<input type="checkbox"/> Cholestase mit hoher GGT: PFIC Typ 3 bzw. Alagille-Syndrom (Q44.7)*: <i>ABCB4, JAG1, NOTCH2</i>	LE02_00
<input type="checkbox"/> Leberversagen, akut, mit V. a. lysosomale Speichererkrankungen bzw. mitochondriale DNA-Depletions-Syndrome mit beschriebener hepato-cerebraler Symptomatik sowie Wilson Syndrom (K72.0)*: <i>ATP7B, BCS1L, DGUOK, GFM1, MPV17, NPC1, NPC2, POLG, TRMU, TWNK</i>	LE03_00
<input type="checkbox"/> Transaminasenerhöhung/ Hepatopathie ohne primär führende Cholestase (R74.0)*: <i>ATP7B, FBP1, G6PC, GBE1, GYS2, PHKA2, PHKB, PHKG2, PYGL, SLC37A4, SLC2A2</i>	LE04_00
<input type="checkbox"/> Wilson-Syndrom (E83.0): <i>ATP7B</i>	LE05_00
<input type="checkbox"/> Dubin-Johnson-Syndrom (E80.6)*: <i>ABCC2</i>	LE06_00
<input type="checkbox"/> Crigler-Najjar-Syndrom (E80.5)*: <i>UGT1A1</i>	LE07_00

***Bitte beachten Sie folgenden Hinweis:** in Anbetracht der komplexen Fragestellungen, die mit der genetischen Diagnostik bei Hepatopathien einhergehen, haben wir uns an der Medizinischen Hochschule Hannover dazu entschieden, alle Befunde im Rahmen einer interdisziplinären Fallkonferenz zu bewerten. Teilnehmer der Konferenz sind auf genetische Lebererkrankungen spezialisierte Pädiater (Prof. Baumann, OÄ Dr. Pfister), Ärzte des Instituts für Humangenetik und gegebenenfalls weitere Fachärzte der MHH. **Mit der Einsendung einer Probe erklären Sie sich damit einverstanden, dass diesem Expertengremium an der MHH die zur Bewertung nötigen Daten mitgeteilt werden.**

Lungenerkrankungen (ICD-10 Code in Klammern)	
Cystische Fibrose / CBAVD / Mukoviszidose (E84.9): <input type="checkbox"/> <i>CFTR</i> -Stufendiagnostik: 1. häufigste pathogene Varianten 2. Komplettssequenzierung <input type="checkbox"/> häufigste pathogene Varianten im <i>CFTR</i> -Gen <input type="checkbox"/> <i>CFTR</i> -Komplettssequenzierung	LU01_00
<input type="checkbox"/> Primäre ziliäre Dyskinesie (PCD) (Q34.9): <i>ARMC4, CCDC39, CCDC103, DNAH5, DNAI1, DNAI2, RSPH1, RSPH4A</i>	LU02_00
<input type="checkbox"/> Pulmonale arterielle Hypertonie (D59.3): <i>ACVRL1, BMPR1B, BMPR2, CAV1, EIF2AK4, ENG, GDF2, KCNA5, KCNK3, SMAD4, SMAD9</i>	LU03_00
<input type="checkbox"/> interstitielle und diffus parenchymatöse Lungenerkrankung im Kindesalter (J84.9): <i>ABCA3, CSF2RB, FLNA, FOXF1, NKX2-1, SFTPB, SFTPC</i>	LU04_00

Muskuläre Erkrankungen / Neuromuskuläre Erkrankungen (ICD-10 Code in Klammern)	
<input type="checkbox"/> Myopathie, kongenitale mit Fasertyp (G71.2): <i>ACTA1, MYH7, RYR1, SEPN1, TPM2, TPM3</i>	MN01_00
<input type="checkbox"/> Hereditäre motorisch-sensible Neuropathie Typ 1, HMSN1, CMT1A/HNPP (G60.0): <i>PMP22</i> (Duplikation/ Deletion)	MN02_00
<input type="checkbox"/> Neuropathie, motorisch sensibel (G60.0): <i>BSC12, DYNC1H1, GDAP1, GJB1, HSPB1, IGHMBP2, MFN2, MPZ</i>	MN03_00

Neurologische Erkrankungen (ICD-10 Code in Klammern)	
<input type="checkbox"/> CADASIL/CARASIL (cerebral autosomal dominant/recessive arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy) (I67.850): <i>HTRA1, NOTCH3</i>	NE02_01
<input type="checkbox"/> Enzephalopathien, frühkindliche epileptische (G40.4): <i>CACNA1A, CDKL5, FOXG1, KCNQ2, PCDH19, SCN1A, SCN2A, STXBP1</i>	NE01_00

Nierenerkrankungen (ICD-10 Code in Klammern)	
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung, polyzystische (Q61.2): <i>PKD1, PKD2</i>	NI01_00
<input type="checkbox"/> Alport- bzw. Alport-like-Syndrom (Q87.8): <i>COL4A3, COL4A4, COL4A5, MYH9</i>	NI02_00

Stoffwechselerkrankungen (ICD-10 Code in Klammern)	
<input type="checkbox"/> Diabetes, MODY-Typ (E11.0): <i>APPL1, BLK, CEL, GCK, HNF1A, HNF1B (=TCF2), HNF4A, INS, KCNJ11, KLF11, NEUROD1, PAX4, PDX1</i>	ST01_00
<input type="checkbox"/> Diabetes, neonatal (E11.0): <i>ABCC8, EIF2AK3, FOXP3, GATA4, GATA6, GCK, GLIS3, HNF1B, IER3IP1, INS, KCNJ11, MNX1, NEUROD1, NEUROG3, NKX2-2, PDX1, PLAGL1, PTF1A, RFX6, SLC19A2, SLC2A2, STAT3, WFS1, ZFP57, BSCL2, IL2RA, INSR, LRBA</i>	ST02_00
Hämochromatose, adulte (E83.1): <input type="checkbox"/> C282Y & H63D <input type="checkbox"/> HFE-Komplettsequenzierung	ST03_00
Hämochromatose, juvenile (E83.1): <input type="checkbox"/> <i>HJV</i> <input type="checkbox"/> <i>HAMP</i>	ST04_00
Hypercholesterinämie (E78.0): <input type="checkbox"/> <i>LDLR</i> <input type="checkbox"/> <i>APOB</i> (häufigste Variante p.Arg3527Gln/Trp), <i>LDLR, PCSK9</i>	ST05_00
<input type="checkbox"/> Hyperinsulinismus, kongenitaler familiärer (E16.1): <i>ABCC8, GCK, GLUD1, HADH, HNF4A, KCNJ11, UCP2</i>	ST06_00
Pankreatitis (K86.1): <input type="checkbox"/> <i>SPINK1, PRSS1</i> <input type="checkbox"/> <i>CFTR</i> häufigste pathogene Varianten	ST07_00
<input type="checkbox"/> Shwachman-Diamond-Syndrom (D61.0): <i>DNAJC21, EFL1, SBDS, SRP54</i>	AN06_00

Schwerhörigkeit (ICD-10 Code in Klammern)	
<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit, nicht-syndromal (Stufendiagnostik) (H91.9): <i>GJB2</i> [(DFNB1, DFNA3) Connexin-26], <i>GJB6</i> [(DFNB1, DFNA3) Connexin-30], <i>PRPS1, TMC1, TMPRSS3, ILDR1, WFS1, OTOF,TECTA</i>	TA01_00
<input type="checkbox"/> Jervell- und Lange-Nielsen-Syndrom (I45.8): <i>KCNQ1, KCNE1</i>	TA02_00
<input type="checkbox"/> Pendred-Syndrom (E07.1): <i>SLC26A4, KCNJ10, FOXI1</i>	TA03_00
<input type="checkbox"/> Usher-Syndrom I (H35.5): <i>CDH23, MYO7A, USH1G, PCDH15, CIB2</i>	TA04_00
<input type="checkbox"/> Usher-Syndrom II (H35.5): <i>ADGRV1, WHRN, USH2A</i>	TA05_00
<input type="checkbox"/> Stickler-Syndrom (Q87.0): <i>COL2A1, COL11A1, COL11A2, COL9A1, COL9A2</i>	TA06_00
<input type="checkbox"/> Waardenburg-Syndrom (E70.3): <i>EDN3, EDNRB, MITF, PAX3, SNAI2, SOX10</i>	TA07_00

Erkrankungen, diverse (ICD-10 Code in Klammern)	
<input type="checkbox"/> CHARGE-Syndrom (Q87.8): <i>CHD7</i>	SY01_00
<input type="checkbox"/> Osler-Syndrom, HHT (I78.0): <i>ACVRL1, ENG, SMAD4</i>	SY02_00
<input type="checkbox"/> Tuberoöse Sklerose (Q85.1): <i>TSC1, TSC2</i>	SY03_00
<input type="checkbox"/> Dyskeratosis congenita (Q82.8): <i>ACD, CTC1, DKC1, NHP2, NOP10, PARN, RTEL1, TERC, TERT, TINF2, WRAP53</i>	SY04_00

X

X

X

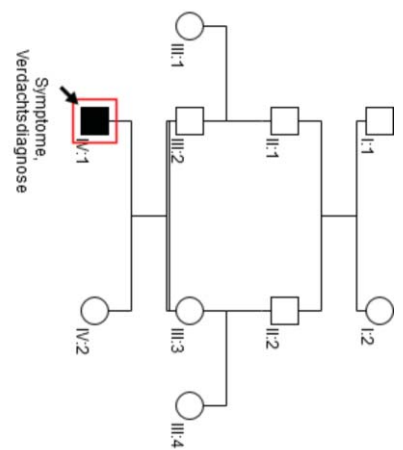
Datum, Ort

Name in Druckschrift

Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Stammbaum (insbes. weitere erkrankte Verwandte)



Frau



Mann



erkrankt, Indexpatientin



Überträgerin



Geschlecht unbekannt



verstorben

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 einverstanden¹.

Ich erkläre mich einverstanden mit der	Ja	Nein
Anforderung meiner Krankenunterlagen/Tumorgewebe und ggf. weitere Untersuchungen/ Zweitbefundungen durch Mitarbeiter der MHH bzw. der Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbewahrung relevanter Daten/Untersuchungsergebnisse 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"/>
Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchungen zur Ergebniskontrolle, Qualitätssicherung und ggf. für neue Diagnostikmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbewahrung und Verwendung 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 Forschungsprojekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermittlung meines Befunds an einen in gleicher Weise kompetenten Vertreter der verantwortlichen ärztlichen Person durch das beauftragte Labor - in Ausnahmefällen – sowie Befundmitteilung an mich durch diesen Vertreter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilung von klinisch relevanten Zusatzbefunden im Rahmen der Untersuchung, unabhängig von der aktuellen Fragestellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilung von klinisch relevanten Forschungsergebnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiterleitung der Daten für Abrechnungszwecke an eine ärztliche Verrechnungsstelle (ohne Bekanntgabe des Untersuchungsergebnisses).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an <u>alle</u> Familienangehörige / nur an <u>folgende</u> Familienangehörige: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an mitbehandelnde Ärzte der MHH/der Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ) und an die folgenden Ärzte: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ 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**

X X X

Datum, Ort **Name in Druckschrift** **Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes**

Eine Kopie dieses Dokuments habe ich erhalten.

X

Ort/Datum Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

Laborüberweisungsschein Muster 10 - Ausfüllhilfe

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

The image shows a laboratory referral form (Muster 10) with various fields and checkboxes. Red boxes and numbers 1-9 highlight specific areas for completion. The form includes fields for patient information, insurance details, laboratory order number, and medical history. 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 _____

2 Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

3 Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____

4 Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

5 Auftragsnummer des Labors: _____
ggf. Kennziffer: _____
Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

6 Quartal: **Q J J**

7 Diagnose/Verdachtsdiagnose: _____
Befund/Medikation: _____

8 Auftrag: _____

9 **Verbindliches Muster**

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

Angegeben werden müssen:

1. Krankenkasse bzw. Kostenträger, Name, Vorname und Geburtsdatum
2. Kassennummer, 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