

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

Kasse:

- stationär
 § 116

Privat:

- ambulat stationär

Humangenetik Barcode

Arztstempel

Institut für Humangenetik
 Direktorin Prof. Dr. med. Brigitte Schlegelberger
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover
www.mh-hannover.de/humangenetik.html



Auftrag zur molekularzytogenetischen Untersuchung (FISH)

Ansprechpartner: PD Dr. med. habil. A.K. Bergmann 0511 532 4526

Eingangslabor 0511 532-3114

Fax: 0511 532-4521

Material : Entnahmedatum: _____

Heparinblut (2-8 ml, z.B. Li-Heparin Monovette) fixierte Zellsuspension aus _____

Chromosomenpräparate aus _____ anderes: _____

Diagnose / Indikation / Bemerkungen:
 Sofern eine Chromosomenanalyse bereits erfolgt ist, bitte Karyotyp angeben und Karyogramm beifügen.

Molekularzytogenetische Untersuchung:

Bei V.a. Mikrodeletionssyndrom

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angelman-Syndrom | <input type="checkbox"/> Cri-du-Chat-Syndrom | <input type="checkbox"/> DiGeorge-Syndrom/ Velocardiofaziales-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Gonadendysgenese | <input type="checkbox"/> Ichthyosis (X-chr.) | <input type="checkbox"/> Kallmann-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Miller-Dieker-Syndrom | <input type="checkbox"/> Mikrodeletion 1p36 | <input type="checkbox"/> Prader-Willi-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Smith-Magenis-Syndrom | <input type="checkbox"/> Sotos-Syndrom | <input type="checkbox"/> Williams-Beuren-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Wolf-Hirschhorn-Syndrom | <input type="checkbox"/> andere _____ (nur nach Rücksprache Tel. s.o.) | |

Subtelomer-Screening (komplett) **V. a. Strukturaberration Chromosom** _____

Charakterisierung von Markerchromosomen **z.N. /V.a. Chromosomentranslokation** _____
 (nur nach Rücksprache Tel. s.o.)

andere _____ (nur nach Rücksprache Tel. s.o.) **zusätzlich Chromosomenanalyse**

Einverständnis des Patienten/der Patientin/des (gesetzl.) Vetreters (gem. GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung) – bzw. ggf. Kopie einer gem. GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme. **Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden.** Sie können ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial überlasse ich hiermit dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat, für Laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen, Lehre oder wissenschaftliche Zwecke. Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. (Nichtzutreffendes bitte streichen). Gegebenenfalls bestätigt die laut GenDG verantwortliche ärztliche Person mit ihrer Unterschrift, dass ihr die Einverständniserklärung vorliegt. **(Eine Kopie dieses Auftrags habe ich ggf. erhalten)**

X X X

Ort/Datum Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter Name in Druckschrift und Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes