


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname		geb. am
Kassennr.	Versichertenr.	Status
Betriebsstättennr.	Arztnr.	Datum
		


Versichertenstatus: **Gesetzlich**

- Ambulant**
(bitte Überweisungsschein
Muster 10 mit Diagnose &
Auftrag)
- ASV**
(bitte Überweisungsschein
Muster 10 mit Diagnose &
Auftrag)

(Für weitere Kostenträger anderes Formular
verwenden)

Ambulanzzentrum der MHH GmbH
Fachbereich Humangenetik
OE 6300
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Angestelltes ärztliches Personal:
Prof. Dr. med. Nataliya Di Donato
(Fachbereichsleitung),
Dr. med. Bernd Auber (Stellvertretung)
und Kolleginnen und Kollegen



Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-ML-18291-01-00

**Untersuchungsauftrag zur
molekulargenetischen Diagnostik**

A+B) bei Verdacht auf Lynch Syndrom
C) bei Untersuchung auf eine bekannte familiäre pathogene Variante

Untersuchungsmaterial

Entnahmedatum: _____

Achtung: nicht eindeutig beschriftetes Material müssen wir verwerfen!

EDTA-Blut

genomische DNA isoliert aus: _____

Z.n. allogener Stammzelltransplantation?

Ja Nein

Indikation für eilige Diagnostik (fast track)

Bearbeitungsdauer regulär 6 Wochen, bei eiliger Diagnostik mindestens 2 Wochen.

Es handelt sich um eine **eilige** Diagnostik.

Befund muss vorliegen bis (Datum): _____

Befundmitteilung per Fax unter folgender
Fax-Nr. gewünscht.: _____

Begründung:

Indikation / Stammbaum der Familie ggf. auf separatem Blatt fortsetzen

Patient selbst betroffen.

Patient selbst gesund

Es gibt genetische Vorbefunde des Patienten bzgl. der aktuellen Indikationsstellung (bitte Kopie beilegen)




Ethnische Herkunft: _____

Konsanguinität: _____

Folgende weitere Anlagen werden benötigt (bitte **vollständig beilegen**)

- Einwilligung zur Gendiagnostik (unterschrieben von Patient/in und aufklärendem Arzt/Ärztin)**
- Überweisungsschein Muster 10 mit Diagnose & Auftrag** (siehe letzte Seite)
- Arztberichte, ggf. histologische Befunde
- Einwilligung in Forschung (optional)

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

A Bei der o.g. Person besteht der Verdacht auf Lynch-Syndrom bei immunhistochemischem Ausfall von Mismatch-Repair-Proteinen.		B Bei der o.g. Person besteht der Verdacht auf Lynch-Syndrom bei erfüllten Amsterdam II Kriterien.
<input type="checkbox"/> Immunhistochemischer Ausfall von MLH1 und/oder PMS2 <input type="checkbox"/> Mikrosatelliteninstabilität liegt vor 	<input type="checkbox"/> Immunhistochemischer Ausfall von MSH2 und/oder MSH6 <input type="checkbox"/> Mikrosatelliteninstabilität liegt vor 	<input type="checkbox"/> Amsterdam II Kriterien* sind bei der o.g. Person erfüllt UND es liegt kein Tumormaterial für immunhistochemische Untersuchung und/oder Mikrosatellitenstabilitätsanalyse vor. *Amsterdam II Kriterien (alle Voraussetzungen müssen erfüllt sein): <ul style="list-style-type: none"> • vorangegangener Ausschluss einer familiären adenomatösen Polyposis (FAP) • mindestens drei Familienangehörige erkrankten an einem HNPCC-assoziierten Karzinom, wovon einer Verwandter ersten Grades der beiden anderen ist • Erkrankungen in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Generationen • mindestens ein Patient mit der Diagnose eines Karzinoms ist jünger als 50 Jahre. 
Panelanalyse der Gene <i>MLH1</i> und <i>PMS2</i> einschließlich bioinformatischer Kopienzahlanalyse	Panelanalyse der Gene <i>MSH2</i> und <i>MSH6</i> einschließlich bioinformatischer Kopienzahlanalyse	Panelanalyse der Gene <i>MLH1</i> , <i>PMS2</i> , <i>MSH2</i> und <i>MSH6</i> einschließlich bioinformatischer Kopienzahlanalyse

C Untersuchung auf eine bekannte familiäre pathogene Variante (d.h. ein Indexpatient ist in der Familie bereits untersucht und es wurde eine pathogene Variante nachgewiesen): **Bitte Kopie des Befundes beilegen!**

Gen: _____ Variante: _____
 Verwandtschaftsgrad zum Familienmitglied: _____ Erkrankung des Familienmitglieds: _____

Ort, Datum

Name der/s Ärztin/Arztes in Druckschrift

Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes

Bei Rückfragen kontaktieren Sie uns bitte unter der Tel. Nr. 0511-532-3114

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

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

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz mit genetischen Untersuchungen entsprechend des zugehörigen Anforderungsscheins / Überweisungsscheins bzw. zur Abklärung folgender Indikation / Erkrankung / Fragestellung einverstanden bin:

(Indikation / Erkrankung / Fragestellung eintragen)

Ferner erkläre ich mich einverstanden mit	Ja	Nein
der Speicherung meiner genetischen Untersuchungsergebnisse in elektronischen Praxis-/Krankenhausinformationssystemen der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) bzw. des Ambulanzentrums der MHH (MVZ) und damit verbundenen Archivierungssystemen . Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Löschung* nicht erfolgen kann (ggf. jedoch eine Unkenntlichmachung) und mit meiner Behandlung befasstes, zugriffsberechtigtes medizinisches Personal meine Untersuchungsergebnisse auch ohne erneute Einholung meiner Einwilligung einsehen kann. *Hinweis: Gemäß §12 GenDG muss das Untersuchungsergebnis spätestens nach 10 Jahren vernichtet werden, außer, wenn durch die Vernichtung schutzwürdige Interessen der betroffenen Person beeinträchtigt würden. Gemäß dem 3. Tätigkeitsbericht der Gendiagnostikkommission am Robert-Koch-Institut ist dies im Regelfall gegeben. Daher erfolgt durch uns keine reguläre Vernichtung der Daten nach 10 Jahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Übermittlung des Befundes vom Labor an eine ärztliche Vertretung des/der aufklärenden Arztes/Ärztin , welche mir den Befund mitteilt, wenn der/die verantwortliche Arzt/Ärztin nicht verfügbar ist (Vertretungsfall) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor bei Bedarf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchungen zur Ergebniskontrolle, Qualitätssicherung und ggf. für neue Diagnostikmöglichkeiten .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Probenmaterial und/oder Befunden für wissenschaftliche Zwecke einschließlich Publikation in pseudonymisierter Form. Dazu überlasse ich das Material / die Daten dem Institut für Humangenetik bzw. der Biobank der MHH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Mitteilung von medizinisch relevanten Zusatzbefunden . Im Rahmen genetischer Analysen können Informationen gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, aber trotzdem von medizinischer Bedeutung für mich oder meine Familie sein können (sogenannte Zusatzbefunde). Ein Anspruch auf Vollständigkeit von Zusatzbefunden oder eine zukünftige Aktualisierung solcher Zusatzbefunde besteht nicht. Bei Minderjährigen erfolgt keine Mitteilung von Zusatzbefunden zu Erkrankungen, die im Erwachsenenalter auftreten. Auch mit einer Mitteilung von entsprechend klinisch relevanten Ergebnissen, die im Rahmen von Forschungsprojekten erhoben werden, bin ich einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Beurteilung von Analyseergebnissen durch weitere spezialisierte ärztliche Mitarbeiter/innen der MHH insbesondere bei komplexen Fragestellungen im Rahmen interdisziplinärer Fallkonferenzen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Verwendung von meinen genetischen Befunden für die Beratung und Untersuchung von weiteren Familienmitgliedern für alle Familienmitglieder <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nur für folgende Familienmitglieder: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Anforderung von Krankenunterlagen, Befunden sowie Gewebeproben (z.B. für diagnostische Untersuchungen) bei Bedarf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an mitbehandelnde Ärzte der MHH/der Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ), den zuweisenden Arzt/Ärztin und an die folgenden Ärzte: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich, dass ich ausreichend über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft sowie mögliche Risiken und psychosoziale Auswirkungen der Untersuchungen aufgeklärt worden bin. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). 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. Eine Kopie der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt im Ambulanzzentrum der MHH GmbH im Fachbereich Humangenetik.

Hinweis für Privatpatienten: Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass durch die MHH Behandlungsdaten und -unterlagen, auch soweit es sich hierbei um besondere personenbezogene Daten i. S. d. § 46 Nr. 13 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) bzw. Art. 4 Nr. 15 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle (unimed, Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Str. 17-19, 66687 Noswendel) ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung gestellt werden. Insoweit entbinde ich die MHH ausdrücklich von Ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit.

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in / ggf. gesetzlicher Vertreter/in

ggf. Unterschrift 2. gesetzlicher Vertreter/in

Datum, Ort

Name der/s Ärztin/Arztes in Druckschrift

Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes

Ambulanzzentrum der MHH GmbH

Geschäftsführung: Indra Weltner, M. Sc., Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. med. H.-H. Kreipe
 SozialBank, IBAN DE24 3702 0500 0009 4960 00, SWIFT/BIC BFSWDE33HAN

Sitz der Gesellschaft: Hannover, Amtsgericht Hannover HRB 202179, USt-IdNr: DE256712359

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

1. Angaben zum Patienten: Krankenkasse bzw. Kostenträger, Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum
2. Betriebsstättennummer, Arztnummer und Datum
3. Kreuz bei Kurativ setzen
5. Richtiges Quartal (Das Quartal muss mit dem Datum übereinstimmen!)
5. **Diagnose/Verdachtsdiagnose** (Achtung: Ohne Diagnose ist der Überweisungsschein ungültig!)
6. **Auftrag** (z.B. „Molekulargenetische Untersuchung“, Achtung: Ohne Auftrag ist der Überweisungsschein ungültig!)
7. Überweisungsschein mit **Stempel und Unterschrift** des überweisenden Arztes versehen