Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers | Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

10

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

eingeschränkter Leistungsanspruch

☐ SER ☐ gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Abnahmedatum | Abnahmezeit

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

SSW

☐ **Befund eilt,** Übermittlung an ☐ Telefon ☐ Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (4.2024)

MVZ diagnosticum Frankfurt
Zentrum für Humangenetik
Prof. Dr. med. D. Steinberger
Fachärztin für Humangenetik
Altenhöferallee 3
60438 Frankfurt am Main
069-5308437-0

diagnosticum
Zentrum für Humangenetik

Information und Einwilligungserklärung zur genetischen Diagnostik gemäß GenDG

Hiermit beauftrage ich das MVZ diagnosticum Frankfurt, Zentrum für Humangenetik, die auf diesem Formular gekennzeichneten Untersuchungen aus meinem Probenmaterial durchzuführen.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich Folgendes:
Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der Diagnostik, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.
Zweck dieser DNA-Analyse ist die Suche nach Veränderungen, die im Zusammenhang mit Erkrankungen und/oder genetischen Dispositionen stehen.

Mit dem Ergebnis einer solchen Untersuchung kann:

- festgestellt werden, ob eine oder keine bestimmte genetische Disposition bei mir vorliegt oder ob ein Risiko für die Entwicklung einer genetischen Erkrankung besteht.
- ausgesagt werden, ob andere Familienmitglieder Träger der genetischen Disposition sind oder ein Risiko für die Entwicklung dieser Erkrankung haben.
- in manchen Fällen keine eindeutige Antwort hinsichtlich einer Diagnose oder einer genetischen Disposition gegeben werden.

Die Ergebnisse von bestimmten genetischen Untersuchungen können auf einen Vaterschaftsausschluss oder auf andere bisher unbekannte Familienbeziehungen hinweisen.

Alle Untersuchungsergebnisse werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Es ist allein meine Entscheidung, andere Familienmitglieder über genetische Risiken zu informieren.
In Ausnahmefällen wird die Untersuchung in Kooperation mit einem externen Labor durchgeführt.
Über die Möglichkeit einer genetischen Beratung bin ich aufgeklärt worden oder eine solche hat bereits stattgefunden oder ich bin nicht daran interessiert. Ich hatte vor Erteilung meiner Einwilligung ausreichend Bedenkzeit.
Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Folgenden Punkten stimme ich zu (nicht Zutreffendes bitte streichen):
Die Untersuchungsergebnisse dürfen länger als die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren aufbewahrt werden (z.B. für Familienuntersuchungen).
Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat.
Der möglichen Verwendung von anonymisiertem Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke stimme ich zu.
Das American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG) empfiehlt, zusätzlich zur Beantwortung der Fragestellung bei Anforderung einer genetischen Diagnostik, auch Befunde für eine Auswahl bestimmter Gene zu übermitteln. Es handelt sich hierbei um Veränderung von Genen, bei deren Kenntnis damit verbundene Erkrankungen besser und früher behandelt werden können. Hierdurch ergibt sich ein besonderer Nutzen für die untersuchte Person. Ich möchte über solche Zusatzbefunde informiert werden.
Meine Untersuchungsergebnisse werden an die im Auftrag angegebenen Ärzte übermittelt.

Name/Vorname: beratender Arzt (Druckschrift) | Unterschrift

Datum | Unterschrift | Name/Vorname:Patient/ gestzl.Vertreter/ Erziehungsberechtigter

Kostenübernahmeerklärung für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung (PKV)/Selbstzahler

Als Selbstzahler/ Mitglied einer privaten Krankenversicherung (PKV) beauftrage ich oben genannte ärztliche Leistungen.
PKV-Versicherte: Mir ist bekannt, dass meine Krankenversicherung nicht verpflichtet ist, die Kosten zu übernehmen.
Für die Rechnung bin ich in voller Höhe zahlungspflichtig. Ich bin damit einverstanden, dass eine Abrechnung nach Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) erfolgt.

Datum | Name/Vorname:Patient/ gestzl.Vertreter/ Erziehungsberechtigter | Unterschrift

CAP ACCREDITED COLLEGE of AMERICAN PATHOLOGISTS

© MVZ diagnosticum Frankfurt , Zentrum für Humangenetik AFF_22_1

Genetische Diagnostik

Pharmakogenetik

Probenmaterial:
- EDTA-Blut
- DNA

Geschlecht des Probanden/ Patienten
- weiblich
- männlich
- divers

Kostenträger
- gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
- privat (PKV)/ Selbstzahler, Kostenübernahmeerklärung erforderlich
- stationär, Rechnung an Einsender

Untersuchung

auf genetische Varianten mit Bedeutung für:
Verstoffwechselung, Wirksamkeit und Sicherheit von Medikamenten.
Betrifft 50 Wirksubstanzen zu denen validierte Empfehlungen der Expertengruppe Dutch Pharmacogenetics Working Group (DPWG) zur Verfügung stehen (s. Tab.1)

Komplett-Analyse

- **PGS.Pharma 2.0**
  Analyse auf 45 Varianten aus 12 Genen
  Gezielte Empfehlungen für Therapie betreffend 50 Wirksubstanzen (s. Tab.1)
  Beinhaltet Aussagen zu häufig verabreichten Wirkstoffen, wie z.B.:
  - 5FU (Fluorouracil) - Clopidogrel - Tamoxifen
  - Siponimod - Statine - Thiopurine

Aufgrund der großen Menge der Informationen ist für den klinischen Einsatz die Nutzung der mobilen und/oder der Web-APP empfohlen.
Details dazu s.u. aufgeführte Leistungsbeschreibung.
PKV/ Selbstzahler: 292,30 €

Bitte Kostenübernahmeerklärung umseitig unterschreiben.

Einzelne pharmakogenetische Fragestellungen

- **PGS.5FU**
  für Therapie mit Fluorouracil, Capecitabin, Tegafur und Flucytosin
  Analyse auf 4 Varianten im DYPD-Gen,
  GKV-Patienten: Überweisungsschein umseitig
  PKV-/ Selbszahler: 131,39 €

in Kombination im PGS.5FU:
- **Upgrade auf PGS.Pharma 2.0:**
  Analyse weiterer 41 Varianten aus 11 Genen
  PKV-/Selbstzahler: 164,37 €

- **PGS.Siponimod (MAYZENT)**
  für Therapie mit Siponimod (MAYZENT)
  Analyse auf Varianten im CYP2C9-Gen
  GKV-Patienten: Überweisungsschein umseitig
  PKV/ Selbstzahler: 111,27 €

- **PGS.Mavacamten**
  für Therapie hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (HOCM),
  Analyse auf Varianten im CYP2C19-Gen
  GKV-Patienten: Überweisungsschein umseitig
  PKV/ Selbstzahler: 111,27 €

- **PGS.Irinotecan**
  für Therapie mit irinotecanhaltigen Arzneimitteln
  Analyse auf Variante im UGT1A1-Gen
  GKV-Patienten: Überweisungsschein umseitig
  PKV/ Selbstzahler: 111,27 €

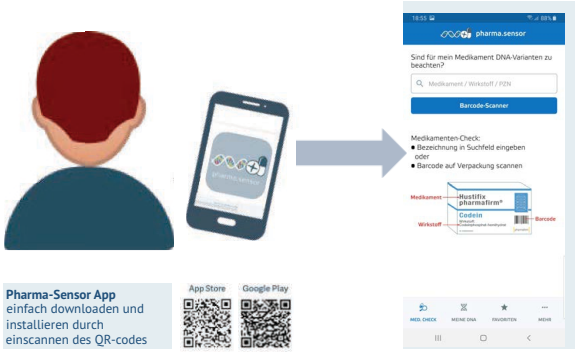
in Kombination mit PGS.Siponimod/ PGS. Mavacamten/ PGS.Irinotecan:
- **Upgrade auf PGS.Pharma 2.0:**
  Analyse weiterer 43 Varianten aus 11 Genen
  Betreffen Empfehlungen zu Wirksubstanzen, die häufig verordnet werden, s.u.
  PKV/Selbstzahler: 184,49 €

Leistungsbeschreibung PGS.Pharma 2.0
- Genotypisierung
  45 Varianten aus 12 Genen
  (aktueller Standard des Europäischen Konsortiums „Ubiquitous Pharmacogenetics/ UPGx“)
- Genetic Information Management
  - Zugangsdaten zu Account via mobiler/ Web-App für Arzt und Patient/ Klient
  - Online-Zugang zu
    - Analyseergebnissen
    - fachärztliche/n Einzel-/und Gesamtgutachten zu untersuchtem/n Gen/en
    - Empfehlungen der Dutch Pharmacogenetics Workung Group (DPWG) zur Verabreichung und Dosierung von Wirkstoffen unter Berücksichtigung der individuellen Genotypen
    - verschiedene Perspektiven von Hintergrundinformationen zu Genen und genetischen Varianten

Wirksubstanzen, zu denen Empfehlungen bei Nachweis bestimmter DNA-Varianten zur Verfügung stehen:

Abacavir	Flecainid	Pimozid
Acenocoumarol	Flucloxacillin	Propafenon
Amitriptylin	Flucytosin	Risperidon
Aripiprazol	Fluorouracil	Sertralin
Atomoxetin	Fluphenazin	Simvastatin
Atorvastatin	Haloperidol	Siponimod
Azathiopurin	Imipramin	Tacrolimus
Brexpiprazol	Irinotecan	Tamoxifen
Capecitabin	Lansoprazol	Tegafur
Citalopram	Mercaptopurin	Thioguanin
Clomipramin	Metoprolol	Tramadol
Clopidogrel	Nortriptylin	Venlafaxin
Codein	Omeprazol	Voriconazol
Doxepin	Pantoprazol	Warfarin
Efavirenz	Paroxetin	Zuclopenthixol
Eliglustat	Phenprocoumon	Östrogenhaltige
Escitalopram	Phenytoin	Kontrazeptiva

Medikamenten-Check mit pharma.sensor App:



CAP ACCREDITED
COLLEGE of AMERICAN PATHOLOGISTS