Einsender/in

verantwortliche/r Ärztin/Arzt (Stempel):

Patient/in ☐ weiblich ☐ männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl

Ort

Kostenträger/in

☐ gesetzlich versichert (Überweisungsschein Muster 10) ☐ privat versichert ☐ Rechnung an Klinik ☐ Selbstzahler/in (IGeL)

Indikation

Probebegleitschein / Untersuchungsauftrag für: **CLASP2**

Die Indikationsstellung und die Voruntersuchungen sind Grundlage für die molekulargenetische Untersuchung. Bitte beachten Sie unbedingt die Rückseite!

Aufklärung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung

Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung (ggf. in einem externen Speziallabor)

wurde ich hinreichend informiert und aufgeklärt.

☐ Die gewonnene Probe wird grundsätzlich nach Abschluss der Diagnostik vernichtet (Gendiagnostikgesetz §13).

☐ Die Ergebnisse sollen über die 10-Jahresfrist hinaus aufbewahrt werden.

☐ Bei Bedarf dürfen diese Ergebnisse meiner Untersuchung für die Beratung und Untersuchung meiner Verwandten genutzt werden.

Frau/Herr Dr.

hat meine Fragen ausführlich beantwortet, ich habe keine weiteren Fragen.

Über die Ergebnisse sollen folgende Personen einen schriftlichen Befund erhalten:

ich selbst ☐ Ja ☐ Nein

behandelnde Ärzte:

Einwilligung der Patientin/des Patienten

Ich hatte nach der Aufklärung eine angemessene Bedenkzeit. Ich willige in die oben genannten Untersuchungen ein. Über den Umfang der genetischen Untersuchung bin ich unterrichtet und stimme zu.	☐ Ja ☐ Nein
Bei unauffälligen Befunden verzichte ich auf eine erneute genetische Beratung.	☐ Ja ☐ Nein
Bei genetischen Untersuchungen (z.B. Exom) können Merkmale gefunden werden, die nicht mit der ursprünglichen Fragestellung verbunden sind, aber für Prophylaxe oder Therapie relevant sein können. Solche Zusatzbefunde sollen mitgeteilt werden.	☐ Ja ☐ Nein
Aufbewahrung des Materials für die Qualitätssicherung bzw. für neue Diagnosemöglichkeiten	☐ Ja ☐ Nein
Für Auswertungen und wissenschaftliche Veröffentlichungen können Material und Ergebnisse in anonymer Form genutzt werden.	☐ Ja ☐ Nein
Ich habe das Recht diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Ich habe keine weiteren Fragen.	☐ Ja ☐ Nein
Ich verzichte auf eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.	☐ Ja ☐ Nein
Bei fetalen Proben: Geschlechtsmitteilung erwünscht	☐ Ja ☐ Nein

Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten/des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt
	✗	✗

ilac-MRA DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-21655-01-00 *

Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH
Priv.-Doz. Dr. med. Moneef Shoukier
Dr. med. univ. Niklas Hirschberger
Dr. med. Cornelia Daumer-Haas
Daniela Liebrecht
Dr. med. Katja Gahle
Prof. Dr. med. Barbara Schiessl
Dr. med. Anne Janke
Dr. med. Anna Funk
Dr. med. Daniela Bayer

www.praenatal-medizin.de

Friends Tower I
Friedenheimer Brücke 19
80639 München
Pränataldiagnostik
T: +49 89 130744-0 Fax-99
info@praenatal-medizin.de

Aiblingerstraße 8
80639 München
Molekulare Genetik
T: +49 89 130744-22
Zytogenetik
T: +49 89 130744-55

Lochhamer Straße 15
Martinsried
82152 Planegg
NIPT
T: +49 89 23237356-550
F: +49 89 23237356-90

Humangenetik in Augsburg
Viktoriastraße 3b
86150 Augsburg
T: +49 821 7898-5042
F: +49 821 7898-5001
info@humangenetik-in-augsburg.de

Geschäftsführer: Dr. Florian Vogel, Marcus Cholewa (Sprecher der Geschäftsführung), HRB 253626, Amtsgericht München

* Die Akkreditierung bezieht sich auf die Standorte München und Planegg

Auftrag

zu untersuchendes Gen / Gene:

zu untersuchendes Panel:

Eine komplette Liste von über 3000 Genen, die bei uns im Labor untersucht werden können, finden Sie unter https://praenatal-medizin.de/diagnostik/genetik/parameterliste.

Die hier exemplarisch aufgeführten Gene sind nur ein Auszug aus der Parameterliste.

Patient/in ☐ weiblich ☐ männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Art der Probe:

Pränatal
- ☐ Chorion- / Plazentazotten
- ☐ Fruchtwasser
- ☐ fetales EDTA-Blut
- ☐ fetale DNA

Postnatal
- ☐ EDTA-Blut
- ☐ Wangenschleimhaut
- ☐ DNA
- ☐ Heparin-Blut

■ Multi-Gen-Panel-Analyse Pränatal*

- ☐ Hirnfehlbildungen
- ☐ Balkenagenesie (Agenesie des Corpus callosum)
- ☐ Mikrozephalie
- ☐ Makrozephalie
- ☐ Fetale Herzrhythmusstörungen (Arrhythmien)
- ☐ Heterotaxie
- ☐ Strukturelle Herzfehler
- ☐ Skelettdysplasie
- ☐ Extremitäten Fehlbildung
- ☐ Fetale Akinesie
- ☐ Nierenerkrankungen
- ☐ Ciliopathien
- ☐ Noonan-Syndrom
- ☐ Rasopathien
- ☐ Hydrops fetalis
- ☐ Lymphödem
- ☐ Intrauterine Wachstumsretardierung (IUWR)
- ☐ VACTERL Assoziation
- ☐ weitere organspezifische Panels (NGS)
- ☐ klinisches Exom
- ☐ Trio-Exom-Analyse **

■ Multi-Gen-Panel-Analyse im Kindesalter – Postnatal*

- ☐ Amelogenesis Imperfecta
- ☐ Adipositas (morbide)
- ☐ Autismus-Spektrum-Störungen
- ☐ Bindegewebsschwäche
- ☐ Cholestase
- ☐ Epilepsien
- ☐ Floppy Infant Syndrom
- ☐ Großwuchs-Syndrome
- ☐ Hypercholesterinämie
- ☐ Hyper-IgE-Syndrom
- ☐ Hypophosphatämie
- ☐ Hypopituitarismus
- ☐ Hypothyreose (kongenitale)
- ☐ Kardiomyopathien
- ☐ Kleinwuchs
- ☐ Leukodystrophien
- ☐ Nephrotisches Syndrom
- ☐ Neuromuskuläre Erkrankungen
- ☐ Pankreatitis (hereditäre)
- ☐ Parkinson (early onset)
- ☐ Periodische Fiebersyndrome
- ☐ Porphyrie
- ☐ Schlaganfall (early onset)
- ☐ Spastische Paraplegien (SPG)
- ☐ Thrombozytose
- ☐ klinisches Exom
- ☐ Trio-Exom-Analyse **

■ Monogene Erkrankungen

- ☐ Cystische Fibrose (*CFTR*-Gen)
  Herkunftsland (Ethnie):
- ☐ Spinale Muskelatrophie (SMN1)
- ☐ Muskeldystrophie Duchenne / Becker (DMD)
- ☐ Fragiles X-Syndrom (FMR1)
- ☐ Adrenogenitales Syndrom (AGS)
- ☐ ß-Thalassämie / Sichelzellanämie (HBB)
- ☐ Gehörlosigkeit / Taubheit (*GJB2* / *GJB6*)

Sterilität / Infertilität
- ☐ Bilaterale Aplasie Vas deferens (CFTR)
- ☐ Y-chromosomale Mikrodeletionen (Azoospermiefaktoren, AZF)
- ☐ Primäre/vorzeitige Ovarialinsuzienz POF (*FMR1* / *BMP15* / *FSHR*)

Imprintingerkrankungen
- ☐ Prader-Willi-Syndrom (PWS)
- ☐ Angelman-Syndrom (AS)
- ☐ Beckwith-Wiedemann-Syndrom (BWS)
- ☐ Silver-Russel-Syndrom (SRS)
- ☐ Temple-Syndrom (TS14)
- ☐ Kagami-Ogata-Syndrom (KOS14)
- ☐ Pseudohypoparathyreoidismus (Pseudo-PHP)

Kontaktieren Sie uns gerne, sollte das gesuchte Gen nicht in der Parameterliste enthalten sein.

Telefon +49 89 1307440 oder
molekulargenetik@praenatal-medizin.de

■ Array-CGH

- ☐ vergleichende genomische Hybridisierung

■ Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung

- ☐ Chromosomen 21/18/13/X/Y (Schnelltest)
- ☐ andere (z.B. DiGeorge):

■ Zytogenetik

- ☐ Chromosomenanalyse

■ Hereditäre Tumorerkrankungen

- ☐ Brust- / Eierstockkrebs (*BRCA1* / *BRCA2*)
- ☐ Brust- / Eierstockkrebs (*RAD51C* / *CHECK2* und weitere Gene)
- ☐ Prostatakarzinom
- ☐ Pankreaskarzinom
- ☐ Hereditäres nicht-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC-Diagnostik)
- ☐ NGS Tumor Panel (94 Gene)

■ Heterozygoten Screening / Konsanguinität

- ☐ Next Generation Sequencing (NGS)

■ Kingsmore Inherited Disease Panel:

- ☐ 552 Gene assoziiert mit 448 schweren rezessiven Erbkrankheiten bei Kindern

* Eine aktuelle Liste der jeweils im Panel enthaltenen Gene finden Sie unter https://praenatal-medizin.de/diagnostik/genetik/ngs-panel-diagnostik. Version 05/2023

** aktuell nicht im Akkreditierungsumfang enthalten.