

Einsender/in

verantwortliche/r Ärztin/Arzt (Stempel):

Patient/in

weiblich  männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl

Ort

Kostenträger/in

gesetzlich versichert (Überweisungsschein Muster 06)  privat versichert  Rechnung an Klinik  Selbstzahler/in (IGeL)

Indikation

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

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



**Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH**

Priv.-Doz. Dr. med. Moneef Shoukier  
 Dr. med. Cornelia Daumer-Haas  
 Daniela Liebrecht  
 Dr. med. Franziska Reschke  
 Dr. med. Dennis Witt M.Sc., B.Sc.

Dr. med. Anne Janke  
 Dr. med. Daniela Bayer  
 PD Dr. med. Julia Jückstock

praenatalmedizin@ctde.eurofinseu.com  
 www.eurofins-clinical.de/humangenetik  
 www.eurofins-clinical.de/pranatal-medizin

**Friends Tower I**  
 Friedenheimer Brücke 19  
 80639 München  
 Humangenetik und  
 Pränatal-Medizin  
 T: +49 89 130744-0  
 F: +49 89 130744-99

**Aiblingerstraße 8**  
 80639 München  
 Humangenetik und  
 Pränatal-Medizin

**Lochhamer Straße 15**  
 82152 Planegg  
 NIPT T: +49 89 23237356-550 / F: -90  
 Molekulare Genetik T: +49 89 130744-22  
 Zytogenetik T: +49 89 130744-55  
**Probeneinsendung**

**Humangenetik in Augsburg**  
 Viktoriastraße 3b  
 86150 Augsburg  
 T: +49 821 7898-5042  
 F: +49 821 7898-5001  
 humangenetik-in-augsburg@  
 ctde.eurofinseu.com

Geschäftsführer: Dr. Florian Vogel, Roel de Nobel (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:

Datum der Probenentnahme:

**Patient/in**

weiblich  männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Eine vollständige Liste der Gene, die in unserem Labor untersucht werden können, finden Sie unter <https://eurofins-clinical.de/leistungsverzeichnis-humangenetik>

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

**Art der Probe:**

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

**Postnatal**  EDTA-Blut  DNA  Wangenschleimhaut  Heparin-Blut  Abortgewebe

SSW:  Geschlecht des Feten (falls bekannt):  männlich  weiblich

**Multi-Gen-Panel-Analyse Pränatal\***

- Hirnfehlbildungen
- Balkenagenesie (Agnesie 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
- Porphyrrie
- 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)
- B-Thalassämie / Sichelzellanämie (HBB)
- Gehörlosigkeit / Taubheit (GJB2 / GJB6)

**Sterilität / Infertilität**

- Bilaterale Aplasie Vas deferens (CFTR)
- Y-chromosomale Mikrodeletionen (Azoospermiefaktoren, AZF)
- Primäre/vorzeitige Ovarialinsuffizienz POF (FMR1 | BMP15 | FSHR)

**Imprintingkrankungen**

- 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 130744-0 oder [molekulargenetik@praenatal-medizin.de](mailto:molekulargenetik@praenatal-medizin.de)

**(Molekulare) Zytogenetik**

- Pränataler Schnelltest T21/18/13/X/Y (QF-PCR)
- FISH (z.B. DiGeorge)
- Chromosomenanalyse
- Array-CGH

**Hereditäre Tumorerkrankungen \*\*\***

- Brust- / Eierstockkrebs (HBOC)
- non-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC; Lynch-Syndrom)
- Polyposis-Syndrom
- kolorektales Karzinom
- Pankreaskarzinom
- Prostatakarzinom

**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://eurofins-clinical.de/leistungsverzeichnis-humangenetik>

\*\* aktuell nicht im Akkreditierungsumfang enthalten.

\*\*\* weitere Tumorpanel finden sie auf unserem Probenbegleitschein Onkologie