

**Patientendaten ggf. -Aufkleber**

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Kostenträger \_\_\_\_\_  
 Geschlecht  weiblich  männlich  
 Infektiös  
 Ethnizität /Herkunft \_\_\_\_\_

**Anforderungsschein für Laborleistungen**

Befund an **verantwortliche ärztliche Person** (gemäß GenDG)  
 \_\_\_\_\_

**Fragestellung**  diagnostisch  prädiktiv  vorgeburtlich

**Material** \_\_\_\_\_ **Entnahmedatum** \_\_\_\_\_

**Molekulargenetische Voruntersuchungen** in Bezug auf die  
 aktuelle Indikationsstellung (Befundkopien bitte beifügen):  
 \_\_\_\_\_

**Indexfall in der Familie** bekannt?  Ja  Nein

**Molekulargenetische Vorbefunde** \_\_\_\_\_

Diese Untersuchungen werden bei gesetzlich Versicherten nach Ziffern aus dem Kapitel 11 des EBM abgerechnet. Diese belasten das Laborbudget nicht. Bitte beachten Sie die Angabe der Ausnahmekennziffer auf dem Ü-Schein Nr. 10.

**Kostenübernahmeerklärung bei privater Versicherung**  
 Bitte klären Sie mit Ihrem Versicherer die Kostenübernahme für die molekulargenetischen Analysen. Ohne Klärung der Kostenübernahme kann nicht mit der Untersuchung begonnen werden.

**Thorakale Aortenerkrankungen**

**Material: (5)-10 ml EDTA-Blut** (geringere Mengen, DNA nach Rücksprache), **Transport bei Raumtemperatur**

**Indikation zur Untersuchung (bitte ankreuzen)**, weitere Angaben gemäß KBV empfohlen (s. Rückseite). Untersuchung **weiterer Gene (>25 kb)** möglich, **aber** nur nach Kostenübernahme durch die gesetzliche Kasse. Zur Unterstützung bitte Rücksprache halten. Bei privat versicherten Personen gibt es keine Größenbeschränkung. Ein Kostenvorschlag kann erstellt werden.

**Thorakale Aortenaneurysma und Dissektion, nicht syndromal**  
*ACTA2, MYH11, MYLK, TGFBR1, TGFBR2*

**Loeys-Dietz-Syndrom**  
*SMAD3, TGFB2, TGFBR1, TGFBR2, TGFB3*

**Marfan-Syndrom**  
*FBN1, TGFBR1, TGFBR2*

**Target-Diagnostik**  
 bei bereits bekannter Mutation in der Familie  
 Gen und Variante: \_\_\_\_\_

Die Einwilligungserklärung des o. g. Patienten nach Gendiagnostikgesetz zur angeforderten genetischen Untersuchung liegt mir vor.  
**(Bitte Kopie beilegen)**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

**Klinische Informationen / Laborwerte / molekulargenetische Vorbefunde**  
(Angaben bei Anforderung von Diagnostik empfohlen)

Bitte molekulargenetische Vorbefunde in Bezug zur Fragestellung und Arztbriefe in Kopie beifügen:

**Zur Plausibilitätskontrolle ist eine möglichst gute Beschreibung des klinischen Bildes notwendig.**

Angabe, ob **Indexfall in der Familie** bekannt? (bitte Befunde und ggf. Familienstammbaum beifügen)

Möglicherweise liegen bereits Untersuchungsergebnisse von betroffenen Familienangehörigen vor. Durch Kenntnis in der Familie bekannter Mutationen reduzieren sich Untersuchungsaufwand und Kosten.

**Klinische Angaben: Haut**

---

---

---

---

**Klinische Angaben: Gefäßsystem**

---

---

---

---

**Klinische Angaben: Skelett**

---

---

---

---

**Auffällige Familienanamnese:**  Ja  Nein

---

---

**Molekulargenetische Vorbefunde:**

---

**Weitere Besonderheiten:**  Ja  Nein

---

---

---

**Methoden:**

NGS, PCR, Sanger-Sequenzierung