

Anforderungsschein für Laborleistungen

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

Adresse _____

Tel. _____ Fax _____

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 _____

Patientendaten ggf. -Aufkleber

Name _____

Vorname _____ Geb.-Datum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Kostenträger _____

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich

☐ Infektiös

Ethnizität /Herkunft _____

Bitte unbedingt ankreuzen!

☐ **KV (Ü-Schein Nr. 10 erforderlich, EBM)** ☐ **Selbstzahler (GOÄ)**

☐ **Rechnung an Einsender (GOÄ)** ☐ **§116b (EBM)**

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.

Arrhythmogene Erkrankungen

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

Indikation/Auftrag zur Untersuchung (bitte ankreuzen), weitere Angaben gemäß KBV empfohlen (s. Rückseite).

Bei privat versicherten Personen sollte eine Kostenzusage der Krankenkasse vorliegen. Hierfür erstellen wir gerne einen Kostenvoranschlag.

Empfohlene Diagnostik (weitere Gene, mit nicht gesicherter Kausalität, sind nach Rücksprache zusätzlich anforderbar)

☐ **Long-QT-Syndrom (LQTS)**

KCNQ1, KCNH2, SCN5A, KCNE1, KCNJ2, CACNA1C, CALM1, CALM2, CALM3, TRDN

MLPA Deletions- / Duplikationsdiagnostik

KCNQ1, KCNH2, KCNE1, KCNE2, CLCN1, KCNJ2

☐ **Brugada-Syndrom (BrS) / J-Wave Syndrom**

SCN5A

MLPA Deletions- / Duplikationsdiagnostik

SCN5A

☐ **Catecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT)**

CALM1, CALM2, CALM3, RYR2, CASQ2, KCNJ2, TRDN, TECRL

MLPA Deletions- / Duplikationsdiagnostik

RYR2

☐ **Short-QT-Syndrom (SQTS)**

KCNH2, KCNJ2, KCNQ1

☐ **Cardiac conduction disease (CCD/PCCD)**

LMNA, SCN5A, TRPM4

☐ **Andersen-Tawil-Syndrom (ATS)**

KCNJ2

☐ **Morbus Fabry**

GLA

☐ **Plötzlicher Herztod (Untersuchung nach Rücksprache)**

☐ **Befundauswertung**  **healthincode**

☐ **Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)**

PKP2, DSC2, DSP, DSG2, JUP, TMEM43, PLN, DES

MLPA Deletions- / Duplikationsdiagnostik

PKP2, DSG2, DSC2, JUP, DSP, TGFβ3, RYR2

☐ **Arrhythmogene Kardiomyopathie (ACM/AVC)**

DSP, FLNC, LMNA, PLN, RBM20, DES, SCN5A, TMEM43

☐ **Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM/HOCM)**

MYH7, MYBPC3, TNNT2, TNNI3, ACTC1, ACTN2, ANKRD1, CSRP3, GLA, FLNC, FXN, JPH2, LAMP2, MYL2, MYL3, PLN, PRKAG2, SLC25A4, TCAP, TNNC1, TPM1, TTR

☐ **Dilatative Kardiomyopathie (DCM)**

LMNA, MYH7, MYBPC3, TNNT2, TNNI3, SCN5A, ACTN2, ACTC1, BAG3, DES, DSP, FLNC, JPH2, NEXN, PLN, RBM20, TCAP, TNNC1, TPM1, TTN, VCL

☐ **Non-Compaction Kardiomyopathie (NCCM)**

ACTC1, CASQ2, DSP, HCN4, LDB3, LMNA, MYBPC3, MYH7, MYL2, PRDM16, RBM20, TAZ, TBX20, TNNI3, TNNT2, TPM1, TTN

☐ **Restriktive Kardiomyopathie (RCM)**

ACTC1, DES, FHL1, FLNC, GLA, MYBPC3, MYH7, MYL2, TNNI3, TNNT2, TPM1, TTR

☐ **Target-Diagnostik**

bei bereits bekannter Sequenzvariante 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.

Alle detektierten genetischen Varianten werden nach dem aktuellen Kenntnisstand entsprechend bewertet. Die Indikation sowie klinischen Angaben zum Patienten und ggf. vorhandene Vorbefunde sind hierfür sehr wichtig. Eine Indikation muss daher angegeben sein, damit eine entsprechende indikationsbezogene Wertung vorgenommen werden kann.

Kardiale Symptomatik:

☐ Synkopen

☐ überlebter plötzlicher Herzstillstand

☐ auffällige Familienanamnese

Kardiomyopathie:

☐ Hypertrophe Kardiomyopathie.

Ventrikuläre Septumdicke:.....mm

☐ Dilatative Kardiomyopathie.

LV-EF.....%

☐ Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie

☐ Arrhythmogene (links- oder biventrikuläre) Kardiomyopathie

☐ Non-Compaction-Kardiomyopathie

EKG Auffälligkeiten (bitte Kopie beilegen)

☐ QTc-Intervall-Verlängerung: _____ms

☐ Torsades de Pointes-Tachykardie

☐ Brugada Typ1-EKG

☐ Stress-induzierte polymorphe VT

☐ T-Wellen-Negativierungen in den
Ableitungen.....

☐ Epsilonpotential

☐ Rechtsschenkelblock

☐ Linksschenkelblock

☐ gehäufte ventrikuläre Extrasystolen:
☐ monomorph ☐ polymorph

☐ AV-Block, bitte ggf. Angabe des Grads

Stammbaum mit klinischen Angaben: Indexfall in der Familie bekannt?

Möglicherweise liegen bereits Untersuchungsergebnisse von betroffenen Familienangehörigen vor. Durch Kenntnis in der Familie bekannter Sequenzvarianten reduzieren sich Untersuchungsaufwand und Kosten. **Bitte Befunde beifügen.**

Methoden:

NGS, PCR, Sanger-Sequenzierung, MLPA Deletions- / Duplikationsdiagnostik