

Analysen zu Herzrhythmusstörungen und Bindegewebs-Erkrankungen (Material: 2 x 5 mL EDTA Blut)

<p>Patientendaten (ggfs. Aufkleber)</p> <p style="text-align: right;">m <input type="checkbox"/> / w <input type="checkbox"/></p> <p>Name, Vorname _____ geb. _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Besteht eine Schwangerschaft? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> SSW _____+_____</p>	<p style="text-align: center;">Auftraggebender Arzt (Stempel)</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p> <p>_____</p> <p>Name des Arztes in Druckbuchstaben</p> <p><input type="checkbox"/> Rücksprache erbeten, Tel.:</p>
---	--

<p>Entnahmedatum:</p> <p><input type="checkbox"/> GKV-Patient (Labor-ÜS Muster 10 - Laborbudget wird nicht belastet)</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstzahler, ambulant/stationär</p> <p><input type="checkbox"/> Privatpatient</p> <p><input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender / Klinik</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">DNA-Nr</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Mat</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Hz _____</td> <td style="padding: 2px;">Dat _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right; padding: 2px;">Interne Vermerke</td> </tr> </table>	DNA-Nr	Mat	Hz _____	Dat _____	Interne Vermerke	
DNA-Nr	Mat						
Hz _____	Dat _____						
Interne Vermerke							

Gemäß GenDG ist eine diagnostische Untersuchung nur nach Aufklärung durch die verantwortliche ärztliche Person (einsendender Arzt) möglich, welche dem untersuchenden Labor in schriftlicher Dokumentation mitgeteilt werden muss (GenDG §9).
Prädiktive Untersuchungen sind nur nach vorangegangener fachgebundener humangenetischer Beratung erlaubt (GenDG §10).

(Verdachts-)Diagnose betroffen zum Ausschluss prädiktiv

Klinische Symptomatik / Familienanamnese / Vorbefunde

Ergebnisse / Befunde von Voruntersuchungen (ggfs. bitte in Kopie beilegen)

Bitte beachten Sie, dass seitens der KBV Beschränkungen hinsichtlich des Untersuchungsumfangs im „Krankheitsfall“ (entspricht 4 Quartalen) bestehen. Sollte dieses Kontingent im Falle Ihres Patienten durch die vorliegende Anforderung überschritten werden, werden wir Sie informieren. Bei antragspflichtigen Leistungen senden wir Ihnen die unterschreitenden Unterlagen gerne zu. Genetische Untersuchungen belasten weiterhin nicht das Praxisbudget.

<p>Catecholaminerge Polymorphe Ventrikuläre Tachykardie (ICD-10: I49.9)</p> <p><input type="checkbox"/> CPVT_01.2 (5 Gene, 21,72 kb: <i>CALM1, CASQ2, KCNJ2, RYR2, TRDN</i> einschließlich Gendosisanalyse: <i>RYR2</i>)</p> <p>Long-QT-Syndrom / Romano-Ward-Syndrom (ICD-10: I49.8)</p> <p><input type="checkbox"/> LQTS_01.2 (8 Gene, 21,8 kb: <i>CACNA1C, CALM1, CAV3, KCNE1, KCNE2, KCNH2, KCNQ1, SCN5A</i>, einschließlich Gendosisanalyse: <i>KCNE1, KCNE2, KCNH2, KCNQ1, SCN5A</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> LQTS_02.2 (15 Gene, 51,86 kb, zusätzlich zu LQTS_01.2: <i>AKAP9, ANK2, CALM2, KCNJ2, KCNJ5, SCN4B, SNTA1</i>)¹</p> <p>Marfan-Syndrom / Typ 1 Fibrillinopathien (ICD-10: Q87.4)</p> <p><input type="checkbox"/> MFS_01.1 (3 Gene; 11,91 kb: <i>FBN1, TGFB1, TGFB2</i>, einschließlich Gendosisanalyse²: <i>FBN1, TGFB1, TGFB2</i>)</p> <p>Ehlers-Danlos-Syndrom Typ IV (vaskulärer Typ; ICD-10: Q79.6)</p> <p><input type="checkbox"/> EDSIV_01.1* (1 Gen, 4,40 kb: <i>COL3A1</i>, einschließlich Gendosisanalyse²: <i>COL3A1</i>)</p> <p>Ehlers-Danlos-Syndrom, nicht-vaskulärer Typ (ICD-10: Q79.6)</p> <p><input type="checkbox"/> EDS_AD_01.1* (4 Gene, 20,74 kb: <i>COL1A1, COL1A2, COL5A1, COL5A2</i>)</p> <p><i>*Beide EDS-Panel können parallel beauftragt werden</i> <i>Individuelle EDS-Panel können nach Rücksprache konfiguriert werden.</i></p> <p>Sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> Testung auf familiäre Variante</p> <p><input type="checkbox"/> Befundbestätigung (zweite Blutprobe)</p>	<p>Thorakale Aortenerweiterung bzw. -dissektion (ICD-10: I71.2, I71.01)</p> <p><input type="checkbox"/> TAAD_01.1 (9 Gene; 31,73 kb: <i>ACTA2, COL3A1, FBN1, MYH11, MYLK, SMAD3, TGFB2, TGFB1, TGFB2</i>, einschließlich Gendosisanalyse: <i>COL3A1, FBN1, TGFB1, TGFB2</i>)</p> <p>Short-QT-Syndrom (ICD-10: I45.8)</p> <p><input type="checkbox"/> SQTS_01.1 (6 Gene, 21,01 kb: <i>CACNA1C, CACNA2D1, CACNB2, KCNH2, KCNJ2, KCNQ1</i>, einschließlich Gendosisanalyse: <i>KCNH2, KCNQ1</i>)</p> <p>Brugada-Syndrom (ICD-10: I45.8)</p> <p><input type="checkbox"/> BRS_01.1 (8 Gene, 24,15 kb: <i>CACNA1C, CACNB2, GPD1L, HCN4, KCND3, KCNE3, SCN3B, SCN5A</i>, einschließlich Gendosisanalyse: <i>KCNE2, SCN5A</i>)</p> <p>Vorhoffarrhythmien (ICD-10: I47.1, I48.9)</p> <p><input type="checkbox"/> AT_AF_01.1 (12 Gene, 22,04 kb: <i>ABCC9, GJA5, KCNA5, KCNE2, KCNJ2, KCNQ1, MYL4, NPPA, SCN1B, SCN2B, SCN4B, SCN5A</i>, einschließlich Gendosisanalyse: <i>KCNE2, KCNQ1, SCN5A</i>)</p> <p>Individuelle Gen-Panel (<25 kb; gemäß GOP 11513)</p> <p>Indikation:</p> <p>_____</p> <p>Gen-Liste:</p> <p>_____</p>
---	---

1 Die erweiterte Untersuchung (>25 kb) ist bei gesetzlich Versicherten nur nach vorheriger Genehmigung eines Antrages der Patientin bzw. des Patienten durch die zuständige Krankenkasse berechnungsfähig. Die entsprechenden Unterlagen senden wir Ihnen gerne zur Weiterleitung an die Patientin bzw. den Patienten zu. Alternativ besteht die Möglichkeit, uns eine Vollmacht zur Antragstellung zu erteilen (s. Anlage).

2 Leistung kann nur erbracht werden, falls die Sequenzierung die diagnostische Fragestellung nicht klärt.

Patientendaten (ggfs. Aufkleber)		m <input type="checkbox"/> / w <input type="checkbox"/>
Name, Vorname _____		geb. _____
Straße _____		
PLZ _____	Ort _____	
Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja SSW ____+____		

Auftraggebender Arzt (Stempel)	

Datum, Unterschrift	
Name des Arztes in Druckbuchstaben	
Telefon	

Betrifft Auftrag vom _____

Eine Diagnostik von mehr als 25 Kilobasen (kb) DNA-Sequenz bzw. ausgewählter Leistungen aus Kapitel 11.4.2 ist erst nach Genehmigung durch die Krankenkasse möglich. Die 25-kb-Grenze wird ggf. schon bei Untersuchung nur eines einzelnen Gens überschritten. Sofern Sie uns eine Vollmacht erteilen, übernehmen wir gerne die dafür erforderliche Antragstellung.

Übertragung der Vollmacht

Ich bevollmächtige das MVZ des UKT*, Fachgebiet Medizinische Genetik in Tübingen, zu diesem Zweck eine Genehmigung mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit bei meiner Krankenkasse zu beantragen und entbinde die Ärzte des UKT/MVZ von der Schweigepflicht in o.g. Angelegenheit gegenüber der Krankenkasse.

X.....
Patient/gesetzl. Vertreter (Datum, Unterschrift)

Sofern die Genehmigung durch die Krankenkasse nicht erteilt wird, bieten wir die Diagnostik auch als Selbstzahlerleistung an.

Bitte informieren Sie mich über die Möglichkeit einer Selbstzahlerleistung

Telefon _____

*MVZ des UKT für Radioonkologie, Medizinische Genetik, Neurochirurgie, Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie
Hoppe-Seyler-Str. 3
72076 Tübingen