

Analysen zur Neurogenetik (Material 2 x 5 ml EDTA Blut)

Patientendaten (ggfs. Aufkleber) m <input type="checkbox"/> / w <input type="checkbox"/> <hr/> Name, Vorname geb. <hr/> Straße <hr/> PLZ Ort Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja SSW ____+____	Auftraggebender Arzt (Stempel) <hr/> Datum, Unterschrift <hr/> Name des Arztes in Druckbuchstaben <hr/> Telefon
---	---

Entnahmedatum:		DNA-Nr	Mat
<input type="checkbox"/> GKV-Patient (Labor-ÜS Muster 10 -Laborbudget wird nicht belastet)	<input type="checkbox"/> Selbstzahler, ambulant/stationär	Hz	Dat
<input type="checkbox"/> Privatpatient	<input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender/Klinik	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 genehmigungspflichtigen Leistungen senden wir Ihnen die entsprechenden Unterlagen gerne zu. Genetische Untersuchungen belasten weiterhin nicht das Praxisbudget.

Erbliche Paraplegien (ICD10 G82.19)

Einzelgenodiagnostik

- | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> SPG1
(L1CAM, XL) | <input type="checkbox"/> SPG2
(PLP1, XL) | <input type="checkbox"/> SPG3
(ATL1, AD) | <input type="checkbox"/> SPG4
(SPAST, AD) | <input type="checkbox"/> SPG6
(NIPA1, AD) | <input type="checkbox"/> SPG8
(WASHC5, AD) | <input type="checkbox"/> SPG10
(KIF5A, AD) | <input type="checkbox"/> SPG13
(HSPD1, AD) |
| <input type="checkbox"/> SPG17
(BSCL2, AD) | <input type="checkbox"/> SPG31
(REEP1, AD) | <input type="checkbox"/> SPG5A
(CYP7B1, AR) | <input type="checkbox"/> SPG7
(SPG7, AR) | <input type="checkbox"/> SPG11
(SPG11, AR) | <input type="checkbox"/> SPG15
(ZFYVE26, AR) | <input type="checkbox"/> SPG20
(SPG20, AR) | <input type="checkbox"/> SPG35
(FA2H, AR) |
| <input type="checkbox"/> SPG39
(PNPLA6, AR) | <input type="checkbox"/> ARSACS
(SACS, AR) | <input type="checkbox"/> Spastische Ataxie Typ 1
(VAMP1, AD) | | | | | |

Individuelle Zielgene (bitte Gene eintragen, wir kontaktieren Sie ggf., falls >25 kb):

Panel-Diagnostik

- HSP full.1** (>120 Gene) **Genehmigungspflichtig für gesetzlich Versicherte. Bei Vorliegen einer Vollmacht (s. Anlage) übernehmen wir gern die Antragstellung im Auftrag des Patienten. Für Privatpatienten/Selbstzahler erstellen wir Ihnen auf Wunsch einen Kostenvoranschlag.** einschließlich Gendosisanalyse SPAST, ATL1, SPG7, REEP1
- HSP 01.1: Basis** (11 Gene, 23,6 kb: SPAST, SPG7, CYP7B1, ATL1, REEP1, KIF5A, ABCD1, POLR3A, FA2H, PNPLA6, PLP1) einschließlich Gendosisanalyse SPAST, ATL1, SPG7, REEP1, FA2H
- HSP 02.2: Autosomal-dominant** (9 Gene, 17,5 kb: SPAST, ATL1, REEP1, KIF5A, WASHC5, BSCL2, BICD2, RTN2, ZFYVE27) einschließlich Gendosisanalyse SPAST, ATL1, REEP1
- HSP 03.1: Autosomal-rezessiv** (6 Gene, 24,1 kb: SPG7, CYP7B1, SPG11, ZFYVE26, POLR3A, FA2H) einschließlich Gendosisanalyse SPG7, SPG11, FA2H
- HSP 04.1: X-chromosomal** (4 Gene, 8,4 kb: L1CAM, PLP1, ABCD1, SLC16A2)
- HSP 05.1: Spastische Ataxien** (6 Gene, 23,9 kb: SACS, SPG7, VAMP1, KIF1C, AFG3L2, MARS2) einschließlich Gendosisanalyse SACS, SPG7
- HSP 06.1: ALS-like** (6 Gene, 22,4 kb: ALS2, SETX, SPG11, SOD1, ANG, TARDBP) einschließlich Gendosisanalyse SETX, SPG11
- HSP 07.2: Spastik + Leukodystrophie** (13 Gene, 22,3 kb: POLR3A, POLR3B, FA2H, GJC2, PLP1, SLC16A2, SOX10, TUBB4A, AIMP1, ABCD1, RNASEH2B, GFAP, FAM126A) einschließlich Gendosisanalyse FA2H
- HSP08.2: Spastik + Neuropathie** (9 Gene, 21,2 kb: BSCL2, KIF5A, REEP1, CYP7B1, SPG7, KIF1A, PLP1, PNPLA6, SPAST) einschließlich Gendosisanalyse SPG7, SPAST, REEP1

Analysen zur Neurogenetik (Material 2 x 5 ml EDTA Blut)

Patientendaten (ggfs. Aufkleber) <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">m <input type="checkbox"/> / w <input type="checkbox"/></div> Name, Vorname _____ geb. _____ Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Besteht eine Schwangerschaft? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> SSW _____+_____	Auftraggebender Arzt (Stempel) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div> Datum, Unterschrift _____ Name des Arztes in Druckbuchstaben _____ Telefon _____
--	--

Entnahmedatum: <input type="checkbox"/> GKV-Patient (Labor-ÜS Muster 10 -Laborbudget wird nicht belastet) <input type="checkbox"/> Selbstzahler, ambulant/stationär <input type="checkbox"/> Privatpatient <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender/Klinik	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">DNA-Nr</td> <td rowspan="2" style="padding: 2px;">Mat</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Hz</td> <td style="padding: 2px;">Dat</td> </tr> </table> <div style="text-align: right; font-size: small; margin-top: 5px;">Interne Vermerke</div>	DNA-Nr		Mat	Hz	Dat
DNA-Nr		Mat				
Hz	Dat					
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 <input type="checkbox"/> betroffen <input type="checkbox"/> zum Ausschluss <input type="checkbox"/> prädiktiv 						
Klinische Symptomatik / Familienanamnese / Vorbefunde						
Ergebnisse / Befunde von Voruntersuchungen (ggfs. bitte in Kopie beilegen)						

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

Erbliche Ataxien (ICD10 G11.9)

Einzelgendiagnostik

- | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SCA-Repeat-analysen (SCA1, 2, 3, 6, 7, 17, AD) | <input type="checkbox"/> SCA8 (ATXN8/ATXN8OS, Repeats, AD) | <input type="checkbox"/> SCA10 (ATXN10, Repeats, AD) | <input type="checkbox"/> SCA11 (TTBK2, AD) | <input type="checkbox"/> SCA12 (PPP2R2B, Repeats, AD) | <input type="checkbox"/> SCA13 (KCNC3, AD) | <input type="checkbox"/> SCA14 (PRKCG, AD) |
| <input type="checkbox"/> SCA15 (ITPR1, nur MLPA, AD) | <input type="checkbox"/> SCA27 (FGF14, AD) | <input type="checkbox"/> DRPLA (ATN1, Repeats, AD) | <input type="checkbox"/> Episod. Ataxie Typ 1 (KCNA1, AD) | <input type="checkbox"/> Episod. Ataxie Typ 2 (CACNA1A, AD) | <input type="checkbox"/> FXTAS (FMR1, Repeats XL) | <input type="checkbox"/> M. Kennedy/SBMA (Repeats, XL) |
| <input type="checkbox"/> Spastische Ataxie Typ 1 (VAMP1, AD) | <input type="checkbox"/> ARSACS (SACS, AR) | <input type="checkbox"/> Friedreich-Ataxie (FXN, Repeats AR) | <input type="checkbox"/> Ataxie-Okuläre Apraxie Typ 1 (APTX, AR) | <input type="checkbox"/> Ataxie-Okuläre Apraxie Typ 2 (SETX, AR) | <input type="checkbox"/> Ataxie-Neuropathie-Syndrom (POLG, AR) | |

Individuelle Zielgene (bitte Gene eintragen, wir kontaktieren Sie ggf., falls >25 kb):

Panel-Diagnostik

- Atax full.1** (>160 Gene) **Genehmigungspflichtig für gesetzlich Versicherte. Bei Vorliegen einer Vollmacht (s. Anlage) übernehmen wir gern die Antragstellung im Auftrag des Patienten. Für Privatpatienten/Selbstzahler erstellen wir Ihnen auf Wunsch einen Kostenvoranschlag.**
- Atax 00.1: Basis** (10 Gene, 23,5 kb: *APTX, SETX, ANO10, SPG7, TTPA, PHYH, CYP27A1, PRKCG, TTBK2, FGF14*)
 einschließlich Gendosisanalyse *SETX, APTX, SPG7*
 Repeatexpansionen SCA1, 2, 3, 6, 17 vorab ausschließen
 Friedreich-Ataxie vorab ausschließen
- Atax 01.2: Autosomal-dominant** (7 Gene, 14,0 kb: *TGM6, EEF2, PDYN, KCND3, PRKCG, TTBK2, FGF14*)
 Repeatexpansionen SCA1, 2, 3, 6, 7, 17 ausschließen
- Atax 02.1: Autosomal-rezessiv** (9 Gene, 24,0 kb: *ANO10, POLG, SETX, APTX, STUB1, PNPLA6, SPG7, PHYH, TTPA*)
 einschließlich Gendosisanalyse *POLG, SETX, APTX, SPG7*
 Friedreich-Ataxie vorab ausschließen
- Atax 03.2: Early-onset Ataxien** (3 Gene, 15,4 kb: *FXN, APTX, SACS*)
 einschließlich Gendosisanalyse *APTX, SACS*
 Friedreich-Ataxie vorab ausschließen
- Atax 04.1: Episodische Ataxien** (4 Gene, 12,2 kb: *CACNA1A, KCNA1, CACNB4, SLC1A3*)
 einschließlich Gendosisanalyse *CACNA1A, KCNA1*
- HSP 05.1: Spastische Ataxien** (6 Gene, 23,9 kb: *SACS, SPG7, VAMP1, KIF1C, AFG3L2, MARS2*)
 einschließlich Gendosisanalyse *SACS, SPG7*

Choreaartige Erkrankungen (ICD10 G10, G25.5)

Einzelgendiagnostik

- | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chorea Huntington (<i>HTT</i> , Repeats, AD) | <input type="checkbox"/> HD-like 2 (<i>JPH3</i> , Repeats, AD) | <input type="checkbox"/> HD-like 4 (<i>SCA17</i> , Repeats, AD) | <input type="checkbox"/> Prion-Erkrankung (<i>PRNP</i> , AD) | <input type="checkbox"/> Benigne Chorea (<i>NKX2A</i> , AD) | <input type="checkbox"/> HD 01.2: Basis (5 Gene, 7,7 kb: <i>PRNP, NKX2A, RNF216, SLC2A1, KCNA1</i>)
einschließlich Gendosisanalyse <i>KCNA1</i>
<input type="checkbox"/> Huntington Disease ausschließen |
|--|---|--|---|--|--|

Analysen zur Neurogenetik (Material 2 x 5 ml EDTA Blut)

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 _____
---	---

Entnahmedatum: <input type="checkbox"/> GKV-Patient (Labor-ÜS Muster 10 -Laborbudget wird nicht belastet) <input type="checkbox"/> Selbstzahler, ambulant/stationär <input type="checkbox"/> Privatpatient <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender/Klinik	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">DNA-Nr</td> <td style="width: 30%;">Mat</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Hz</td> <td>Dat</td> <td style="text-align: center;">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 Untersuchungsumfanges im „Krankheitsfall“ (entspricht 4 Quartalen) bestehen. Sollte dieses Kontingent im Falle Ihres Patienten durch die vorliegende Anforderung überschritten werden, werden wir Sie informieren. Bei genehmigungspflichtigen Leistungen senden wir Ihnen die entsprechenden Unterlagen gerne zu. Genetische Untersuchungen belasten weiterhin nicht das Praxisbudget.

Erbliche Dystonien (ICD10 G24.9)

Einzelgenodiagnostik

<input type="checkbox"/> DYT1 (TOR1A, Deletion, AD)	<input type="checkbox"/> DYT5 (Dopa-resp. Dystonie; GCH1, AD)	<input type="checkbox"/> DYT6 (Dopa-resp. Dystonie; TH1, AR)	<input type="checkbox"/> DYT6 (THAP, AD)	<input type="checkbox"/> DYT11 (SGCE, AD)	<input type="checkbox"/> Familiäre paroxysmale kinesi- gene Dyskinesien (PRRT2, AD)	<input type="checkbox"/> Paroxysmale nicht-kinesiogene Dyskinesien (PNKD, AD)	<input type="checkbox"/> Glucose-transporter- Typ-1-Defizienz (GLUT1/SLC2A1, AD)
--	--	---	---	---	--	--	---

Individuelle Zielgene (bitte Gene eintragen, wir kontaktieren Sie ggf., falls >25 kb):

Panel-Diagnostik

DYS full.1 (>60 Gene) **Genehmigungspflichtig für gesetzlich Versicherte. Bei Vorliegen einer Vollmacht (s. Anlage) übernehmen wir gern die Antragstellung im Auftrag des Patienten. Für Privatpatienten/Selbstzahler erstellen wir auf Wunsch einen Kostenvoranschlag.**

DYS 01.2: Basis (12 Gene, 15,8 kb: GCH1, TH, THAP1, SGCE, PNKD, PRRT2, SLC2A1, PARK2, SPR, ATP1A3, PRKRA, GNAL) einschließlich Gendosisanalyse GCH1, TH, SGCE, SLC2A1
 DYT1 vorab ausschließen

Erblicher Morbus Parkinson (ICD10 G20.9)

Einzelgenodiagnostik

<input type="checkbox"/> PARK1, PARK4 (SNCA, AD)	<input type="checkbox"/> PARK8 (LRRK2, AD)	<input type="checkbox"/> PARK2 (PARK2, AR)	<input type="checkbox"/> PARK6 (PINK1, AR)	<input type="checkbox"/> PARK7 (PARK7, AR)
---	--	--	--	--

Individuelle Zielgene (bitte Gene eintragen, wir kontaktieren Sie ggf., falls >25 kb):

Panel-Diagnostik

PD full.1 (>30 Gene) **Genehmigungspflichtig für gesetzlich Versicherte. Bei Vorliegen einer Vollmacht (s. Anlage) übernehmen wir gern die Antragstellung im Auftrag des Patienten. Für Privatpatienten/Selbstzahler erstellen wir Ihnen auf Wunsch einen Kostenvoranschlag.**

PD 01.1: Basis (12 Gene, 24,1 kb: PARK2, SNCA, PARK7, PINK1, LRRK2, UCHL1, PLA2G6, GCH1, TH, FBX07, ATP13A2, SLC6A3) einschließlich Gendosisanalyse PARK2, SNCA, PARK7, PINK1, GCH1, TH

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