

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: <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; vertical-align: middle;">Mat</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px; width: 50%;">Hz</td> <td style="padding: 2px; width: 50%;">Dat</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px; text-align: right;">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 (ggf. 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 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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> HSP 05.1: Spastische Ataxien (6 Gene, 23,9 kb: SACS, SPG7, VAMP1, KIF1C, AFG3L2, MARS2) einschließlich Gendosisanalyse SACS, SPG7 |
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> HSP 06.1: ALS-like (6 Gene, 22,4 kb: ALS2, SETX, SPG11, SOD1, ANG, TARDBP) einschließlich Gendosisanalyse SETX, SPG11 |
| <input type="checkbox"/> HSP 02.2: Autosomal-dominant (9 Gene, 17,5 kb: SPAST, ATL1, REEP1, KIF5A, WASHC5, BSCL2, BICD2, RTN2, ZFYVE27) einschließlich Gendosisanalyse SPAST, ATL1, REEP1 | <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> HSP 03.1: Autosomal-rezessiv (6 Gene, 24,1 kb: SPG7, CYP7B1, SPG11, ZFYVE26, POLR3A, FA2H) einschließlich Gendosisanalyse SPG7, SPG11, FA2H | <input type="checkbox"/> HSP08.2: Spastik + Neuropathie (9 Gene, 21,2 kb: BSCL2, KIF5A, REEP1, CYP7B1, SPG7, KIF1A, PLP1, PNPLA6, SPAST) einschließlich Gendosisanalyse SPG7, SPAST, REEP1 |
| <input type="checkbox"/> HSP 04.1: X-chromosomal (4 Gene, 8,4 kb: L1CAM, PLP1, ABCD1, SLC16A2) | |

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) 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> <tr> <td colspan="3" 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 (ggf. 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)

Einzelgenodiagnostik

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

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

*** Vollständige Untersuchung auf eine konstitutionelle krankheitsauslösende Repeat-Expansion: KBV Beschränkung auf 6 Gene im Krankheitsfall, bitte ggf. SCA-Repeatanalysen (1, 2, 3, 6, 7, 17) individuell anfordern, falls eine der weiteren mit * markierten Repeatanalysen ebenfalls untersucht werden sollte.**

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)

Einzelgenodiagnostik

- | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| <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> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Huntington Disease ausschließen |
|--|--|--|--|---|---|

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

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