

**Syndromale Erkrankungen / Entwicklungsstörungen / Intellectual Disability (ID)**

<b>Patientendaten (ggfs. Aufkleber)</b> 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 ____ + ____	<b>Auftraggebender Arzt (Stempel)</b> _____ Datum, Unterschrift _____ Name des Arztes in Druckbuchstaben <input type="checkbox"/> Rücksprache erbeten, Tel.: _____
---	---

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

<b>(Verdachts-)Diagnose</b>	<input type="checkbox"/> <b>betroffen</b>	<input type="checkbox"/> <b>zum Ausschluss</b>	<input type="checkbox"/> <b>prädiktiv</b>
	<input type="checkbox"/> <b>syndromal</b>	<input type="checkbox"/> <b>selten</b>	

**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“ (als Krankheitsfall werden 4 Quartale betrachtet) 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.**

<b>SNP-Array postnatal (Voraussetzung: Chromosomenanalyse)</b> <input type="checkbox"/> <b>SNP-Array (5-10 ml EDTA-Blut)</b> Chromosomen-Analyse ist bereits erfolgt <input type="checkbox"/> 1.Stufe: <b>Chromosomenanalyse</b> (2ml Heparinblut) <input type="checkbox"/> 2.Stufe: <b>SNP-Array</b> (5-10 ml EDTA-Blut)	<b>Entwicklungsstörungen Intellectual Disability (ID) ICD-10: F79.1</b> <b>„Kleine“ Paneluntersuchungen ohne Antrag (&lt;25kb).</b> Abhängig vom Untersuchungsauftrag und um eine hohe Sensitivität zu erreichen, kann technisch eine umfassende DNA-Untersuchung notwendig sein. Falls unauffällig, ggf. Antrag für erweiterte Folgeuntersuchungen an die Kasse. <input type="checkbox"/> <b>ID_01.1 Rett-Syndrom bzw. Rett-like-Syndrom:</b> <i>UBE3A, SCN2A, CDKL5, MECP2, STXBP1, ARX, TCF4, FOXG1, MEF2C</i> , ICD-10:F89.1 <input type="checkbox"/> <b>ID_01.2 Primäre Mikrozephalien (AR):</b> <i>ASPM, MCPH1, CENPJ, CDK5RAP2</i> ICD-10:Q02 <input type="checkbox"/> <b>ID_01.3 Makrozephalie:</b> <i>ASPA, EZH2, GCDH, GFAP, GPC3, MLC1, NFIX, NSD1, PIK3CA, PTEN</i> ICD-10:Q87.1 <input type="checkbox"/> <b>ID_01.4 Cornelia-de-Lange-Syndrom:</b> <i>NIPBL, SMC1A, SMC3, RAD21, HDAC8, UBE2A</i> ICD-10:Q87.1 <input type="checkbox"/> <b>ID_01.5 Noonan/Rasopathien:</b> <i>PTPN11 (1. Stufe), BRAF, KRAS, RAF1, RIT1, SOS1 (2. Stufe)</i> ICD-10:Q87.1 <input type="checkbox"/> <b>ID_01.6 X-Chromosomale Vererbung:</b> <i>ARX, ATRX, CUL4B, PHF6, PQBP1, SLC6A8, GDI1, DKC1, FTSJ1, KIAA2022</i> <input type="checkbox"/> <b>ID_01.7 Basispanel Epilepsie:</b> <i>ARX, CDKL5, GABRD, GABRG2, PCDH19, SCN1A, SCN2A, SCN1B, STXBP1</i> ICD-10:Q87.1 <input type="checkbox"/> <b>ID_01.8 Indikationsbezogene Zielgene: Bitte ergänzen</b>
<b>Chromosomenanalyse + FISH bei V.a.Mikrodeletionssyndrom (2ml Heparinblut)</b> <input type="checkbox"/> Mikrodeletion 1p36 <input type="checkbox"/> Wolf-Hirschhorn-Syndrom (4p-) <input type="checkbox"/> Cri-du-chat-Syndrom (5p-) <input type="checkbox"/> V.a. Williams-Beuren-Syndrom (7q11.23) <input type="checkbox"/> Angelman/Prader-Willi-Syndrom (15q) <input type="checkbox"/> V.a. Monosomie 22q11 (DiGeorge-Syndrom): FISH oder MLPA	
<b>Chromosomen aus Haut/Gewebe (steril entnommen!)</b> <input type="checkbox"/> Mosaikabklärung <input type="checkbox"/> Anderes: _____	
<b>Einzel (Gen) – Untersuchungen</b> <input type="checkbox"/> <b>X-Inaktivierung</b> <input type="checkbox"/> ARX (inkl. 24bp Duplikation) <input type="checkbox"/> FRAX <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>„Große“ Paneluntersuchungen mit Antrag (&gt;25kb). Unspezifische Retardierung bzw. umfangreiche Fragestellung (Antrag an Kasse notwendig, s. Seite 2) *</b>	* Im Falle einer Ablehnung der GOP 11514 kann ggf. eine Phänotyp-basierte Priorisierung von Kandidatengenen mit einer Auswertung von weniger als 25 kb im Rahmen der GOP 11513 erfolgen. <input type="checkbox"/> <b>Antrag wurde abgelehnt, n. R. Auswertung folgender Gene bis 25 kb im Rahmen der GOP 11513:</b> _____ _____ Einsender: _____ Kürzel MA: _____ Datum: _____
<input type="checkbox"/> <b>ID_01 ID-Panel bei unspezifischer Entwicklungsstörung / Mentale Retardierung (&gt;600 ID-assoziierte Gene, siehe Homepage)</b> <input type="checkbox"/> <b>ID_02 Exom:</b> Siehe extra Anforderung	

**Patientendaten (ggfs. Aufkleber)** m  / w

\_\_\_\_\_  
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