

Name weiblich
 männlich
 divers

Vorname

Straße Geburtsdatum

PLZ, Ort

Einsender (ggf. Stempel)



Laboratoriumsmedizin Dortmund

Brauhausstraße 4 Tel.: 0231-95 72-0
 44137 Dortmund Fax: 0231-57 98 34

info@labmed.de
 www.labmed.de

Rückfragen an

Name

Tel.-Nr.

Fax-Nr.

Mail

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer

Rechnung

- Rechnung an Patient:in ambulant §116b
 Überweisungsschein (Muster 10) stationär/Rechnung an Einsender

Anforderungsschein genetische Diagnostik bei unerfülltem Kinderwunsch / Infertilität

Rücksprachen bitte unter Tel: 0231 9572-7210

Version 6/2025

Probenmaterial

Probenentnahme (Datum/Uhrzeit):

- Lithiumheparin-Blut (5-10 ml) [L] DNA [D] aus Abortgewebe [A]
 EDTA-Blut: > 4 ml [E] Mundschleimhautabstrich [M]

Klinische Angaben / Anamnese (ggf. Unterlagen beifügen.)

Eigenanamnese/Befunde (ggf. inkl. Spermogramm):

.....

ggf. Begleitsymptomatik:

Familienanamnese

Gewünschte Untersuchungen und Material [L, E, D, M, A] (Informationen zur jeweiligen Analyse siehe <https://www.medizin-zentrum-dortmund.de/de/humangenetik/>)

Weibliche Patienten:

- Konventionelle Chromosomenanalyse [L, A]
- Gonosomen-FISH (z.A. 45,X, 47,XXX, etc. im Mosaik) [E, M]
- Prämutation *FMR1* [E, D]
- POF (*Premature Ovarian Failure*), NGS-Panel [E, D]
- Störungen der Eizellreifung, embryonaler Arrest, NGS-Panel [E, D]
- Nicht-klassisches AGS (*CYP21A2*) [E]

Sonstige:

Männliche Patienten:

- konventionelle Chromosomenanalyse [L]
- Gonosomen-FISH (z.A. 47,XXY etc. im Mosaik) [E, M]
- AZF-Deletionsanalyse [E, D]
- CBAVD/obstruktive Infertilität (CFTR, ADGRG2) [E, D]
- OAT-Syndrome, NGS-Gesamtpanel [E, D]
 - Krypto-/Azoospermie, NGS-Panel
 - funkt. Spermiendefekte, Oligo- und Asthenoteratozoospermie
 - Ziliopathien, NGS-Panel
- Deafness-Infertility Syndrom (Deletionsanalyse STRC/CATSPER2) [E]

Sonstige:

Weitere Analysen:

- Thrombophiliediagnostik siehe separaten Anforderungsschein
- Optical Genome Mapping (z.A. kryptischer Chromosomenaberrationen) und Carrier-Screening (z.B. bei konsanguinen Partnerschaften) als Selbstzahler-Leistung und nur nach humangenetischer Beratung möglich, ggf. Rücksprache unter Tel. 0231 9572 6602

Einverständniserklärung Patientin / Patient (siehe Rückseite)

Die angeforderten genetischen Analysen unterliegen dem Gendiagnostik-Gesetz (GenDG). Daher ist das Vorliegen der schriftlichen Einverständniserklärung der Patientin/des Patienten (bzw. eines gesetzlichen Vertreters) für die Durchführung zwingend erforderlich. Bei prädiktiven Analysen ist eine vorherige Beratung durch eine/n Fachärztin/Facharzt für Humangenetik gem. GenDG obligat. Bitte verwenden Sie das Formular auf der Rückseite dieses Anforderungsscheins.

Einwilligungserklärung für genetische Diagnostik

Patientenangaben

Name, Vorname: weiblich männlich
 Geburtsdatum: schwanger: Nein Ja, SSW:
 Differenzialdiagnostik (symptomat. Patient/in) prädiktive Diagnostik/Heterozygotentest. pränatale Diagnostik
 Art des Untersuchungsmaterials: Entnahmedatum:
 genetische bzw. sonstige Vorbefunde liegen nicht vor liegen vor
 Befunde Patient/in, Familie Kopie beigelegt

Aufklärung und Einwilligungserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich entsprechend dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) durch u.g. verantwortliche/n Ärztin/Arzt aufgeklärt, informiert und ggf. humangenetisch beraten wurde:

- über die Art und den Umfang der genetischen Analyse sowie Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten Untersuchung,
- über die von mir erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Daten (gem. EU-DSGVO)
- über meinen Anspruch auf eine genetische Beratung und angemessene Bedenkzeit zur Einwilligung in die genannte Untersuchung,
- über mein Recht, diese Einwilligung bis zur Kenntnisnahme jederzeit ohne Begründung zu widerrufen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials zu verlangen sowie mein Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nicht-Wissen),
- über die reguläre Vernichtung der Untersuchungsergebnisse nach 10 Jahren,
 - ich bin mit einer längerfristigen Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse (30 Jahre) einverstanden Nein Ja *
- über die Vernichtung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung,
 - bei komplexen Fragestellungen kann eine längerfristige Aufbewahrung sinnvoll sein. Hiermit bin ich einverstanden Nein Ja *
(Dies beinhaltet keinen Anspruch auf Aufbewahrung.)
- dass bei Anwendung moderner Analyseverfahren ggf. auch genetische Daten erhoben, aber nicht ausgewertet werden, die nicht mit der genannten Fragestellung in Zusammenhang stehen,
- dass in Einzelfällen eventuell **Zufallsbefunde** erhoben werden können, die nicht mit der u.g. Fragestellung in Zusammenhang stehen
 - Eventuell erhobene Zufallsbefunde möchte ich erfahren (Keine Auswahl wird als „Nur, wenn...“ gewertet.):
 Nein Ja Nur, wenn sich dadurch therapeutische oder vorbeugende Konsequenzen ergeben.
(Dies beinhaltet keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von Zufallsbefunden; bei Familienanalysen dienen die Analyseergebnisse *nicht Betroffener* nur zur Beurteilung von Varianten des Indexpatienten)

Ich bin einverstanden:

- mit der Entnahme von Probenmaterial,
- mit der angeforderten molekular- / zytogenetischen Diagnostik zur Abklärung / bei V.a.:
- , dass die Untersuchungsergebnisse durch u.g. verantwortliche/n Ärztin/Arzt an folgende Ärztinnen/Ärzte mitgeteilt werden dürfen:
.....
- , dass der Untersuchungsauftrag ggf. an ein spezialisiertes Labor weitergeleitet werden darf, Nein Ja *
- , dass Probe und erhobene Ergebnisse anonymisiert für Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen verwendet werden. Nein Ja *
- , dass bei Gengruppen-Untersuchungen die Zusammensetzung der auf www.labmed.de genannten Gene für die klinische Fragestellung je nach Stand der Wissenschaft sinnvoll angepasst werden kann.

*Keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet.

Ort, Datum Unterschrift Patient/in bzw. Name & Unterschrift Vertreter/in Name/Stempel & Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt