

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname und Adresse der Versicherten geb. am _____						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode

KARD



MGZ
Medizinisch
Genetisches
Zentrum

Prof. Dr. med. Dipl.-Chem.
Elke Holinski-Feder
Prof. Dr. med. Angela Abicht
Dr. med. Teresa Neuhann

Partnerschaft von Fachärztinnen
für Humangenetik mbB, MVZ

Bayerstraße 3 - 5
D-80335 München

Tel. +49 89 30 90 886 - 0
Fax +49 89 30 90 886 - 66
info@mgz-muenchen.de

Alle Formulare finden Sie unter
www.mgz-muenchen.de



Durch die DAKKS nach DIN EN ISO
15189 akkreditiertes Labor. Die Akkre-
dittierung gilt für den in der Urkunden-
anlage D-ML-13242-01-00 festgelegten
Umfang, davon ausgenommen sind die
mit * gekennzeichneten Analysen.

ANFORDERUNGSFORMULAR – KARDIOLOGIE

EILT

ANGABEN ZUM EINSENDER UND BEFUNDEMPFÄNGER

Eine Befundübermittlung kann gemäß Gendiagnostikgesetz nur an den veranlassenden Arzt erfolgen. Eine Weitergabe des Befundes an Dritte ist mit Einwilligung des Patienten nur durch den veranlassenden Arzt möglich.

Arztname, ggf. Station _____ Telefon _____ Telefax _____

ANGABEN ZUR PROBE

Abnahmedatum _____	<input type="checkbox"/> EDTA-Blut	<input type="checkbox"/> Heparin-Blut	<input type="checkbox"/> Chorionzotten/Fruchtwasser
Uhrzeit _____	<input type="checkbox"/> Abortmaterial	<input type="checkbox"/> DNA, extrahiert aus: _____	
	<input type="checkbox"/> Tumorblock	<input type="checkbox"/> Sonstiges Material: _____	

ANGABEN ZUM KOSTENTRÄGER

* Humangenetische Analysen aus EBM Kapitel 11 belasten nicht den Wirtschaftlichkeitsbonus oder das Laborbudget.

<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert, ambulant <i>Laborüberweisungsschein Muster 10 erforderlich *</i>	<input type="checkbox"/> Privat versichert, ambulant <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag gewünscht	<input type="checkbox"/> ASV <i>Laborüberweisungsschein Muster 10 erforderlich *</i>
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert, stationär <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag gewünscht <input type="checkbox"/> Rechnung an Klinik	<input type="checkbox"/> Privat versichert, stationär <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag gewünscht <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag gewünscht	<input type="checkbox"/> §116b <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

ANGABEN ZUM PATIENTEN

männlich weiblich Schwangerschaft, SSW _____ Pränatale Analyse
 Angehöriger im MGZ bekannt, bitte um Angabe von Namen oder MGZ ID und Verwandtschaftsverhältnis:

Prädiktive Diagnostik
Genetische Vorbefunde (Angehöriger): Nein Ja
Genetische Vorbefunde (Patient): Nein Ja Vordiagnostik in den letzten 12 Monaten

CHECKLISTE VOR PROBENEINSENDUNG

- Mit Patientennamen beschriftete Untersuchungsprobe liegt bei
- falls gesetzlich versichert: **Überweisungsschein Labor Muster 10** (kein Muster 6!) liegt bei
- Umseitige Einwilligungserklärung ist unterschrieben (von Patient und verantwortlicher ärztlicher Person)

PROBENEINSENDUNG

Postalischer Versand an:

MGZ – Medizinisch Genetisches Zentrum
Probeneingang
Bayerstraße 3-5
D-80335 München

Kurierdienst (kostenfrei) für eilige Proben:

Innerhalb Münchens: **(089) 3090 886 - 150**
Deutschlandweit über
GO! Express: **(089) 613 90 99 0**
(MGZ Kundennummer: 36382)

SERVICE

- Bitte senden Sie mir _____ Anforderungsformulare für zukünftige Probeneinsendungen.
 Bitte senden Sie mir Versand-Materialien:
_____ frankierte Adressaufkleber _____ frankierte Transportboxen
_____ Transporttüten _____ EDTA-Röhrchen mit Versandbehälter



Zum Bestellservice auf
www.mgz-muenchen.de

▶ UNTERSUCHUNGSauftrag

Unser fachärztliches Team steht Ihnen bei Fragen konsiliarisch zur Verfügung: 089 / 3090 886 - 0

Untersuchungsauftrag wie umseitig angekreuzt

folgender Untersuchungsauftrag (bitte präzisieren): _____

▶ INDIKATION ** Vorbefunde bitte angeben/beilegen

Anamnese/klinische Fragestellung**:

■ EINWILLIGUNG NACH GENDIAGNOSTIKGESETZ

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) bin ich mit den genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderung bzw. zur Klärung der obengenannten klinischen Fragestellung einverstanden. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache der Erkrankung angesehen werden können.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht dokumentiert, verarbeitet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor. Nein

der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen/medizinischen Daten zur Qualitätssicherung, für die Etablierung neuer Diagnostikverfahren und in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken und zur Publikation Nein

Aufklärung zu Zufalls- und Zusatzbefunden:

Zufallsbefunde: Bei der angeforderten genetischen Analyse können sich zufällig Befunde ergeben, die nicht mit der klinischen Fragestellung in Zusammenhang stehen. Falls diese nach aktuellem Wissenstand (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) behandlungsrelevant für Sie oder Ihre Familie sind, möchte ich über solche Befunde informiert werden (keine Auswahl wird als NEIN gewertet). Ja Nein

Zusatzbefunde (Selbstzahlerleistung): Falls Sie eine systematische Auswertung der behandlungsrelevanten Gene gemäß ACMG wünschen, handelt es sich hierbei um eine Zusatzleistung. Voraussetzung hierfür ist eine vorherige genetische Beratung durch Fachärzt:innen für Humangenetik gemäß GenDG, ggfs. per Videosprechstunde im MGZ München. Die Untersuchung erfolgt als Selbstzahlerleistung.

Ich wurde durch eine Fachärztin/einen Facharzt für Humangenetik aufgeklärt und wünsche die Zusendung eines Kostenvorschlags. Ja Nein

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Name, Vorname aufklärende(r) Ärztin/Arzt

X

Unterschrift aufklärende(r) Ärztin/Arzt

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

■ OPTIONALE EINWILLIGUNG ZUM DATA SHARING

Das MGZ unterstützt von staatlichen Institutionen, Fachgesellschaften oder Berufsverbänden geförderte Initiativen des Datenaustauschs (»Data Sharing«), um die Forschung zu Ursache und Therapie von genetisch-bedingten Erkrankungen voranzutreiben. Falls Sie diese Initiativen ebenfalls unterstützen wollen, bitten wir hier um Einwilligung:

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine pseudonymisierten Daten (Exom-, Genomdaten, klinische Befunde) im Deutschen Humangenom-Phenomarchiv (www.ghga.de) oder in anderen wissenschaftlichen Datenarchiven mit gleichwertigen Datenschutzstandards gespeichert und für die genannten sekundären Forschungszwecke innerhalb der unter www.mgz-muenchen.de/info-ghga.html beschriebenen Grenzen verwendet werden dürfen.

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

HERZERKRANKUNGEN

- 072.04 Kardiomyopathie, hypertroph | ACTC1, ACTN2, ALPK3, CAV3, CSRP3, FLNC, GLA, JPH2, LAMP2, MYBPC3, MYH6, MYH7, MYL2, MYL3, PLN, PRKAG2, PTPN11, RAF1, RIT1, TNNC1, TNNI3, TNNT2, TPM1, TTR
- 073.05 Kardiomyopathie, dilatativ | ABCC9, ACTC1, ACTN2, BAG3, CRYAB, CSRP3, DES, DMD, DSG2, DSP, EYA4, FLNC, JPH2, LDB3, LMNA, MYBPC3, MYH6, MYH7, NEXN, PLN, RAF1, RBM20, SCN5A, SGCD, TAFAZZIN, TCAP, TNNC1, TNNI3, TNNT2, TPM1, TTN, TTR, VCL
- 088.06 Kardiomyopathien, umfassende Diagnostik | 169 Gene, siehe www.mgz-muenchen.de
- 000.00 Mavacamten | CYP2C19-Genotypisierung
- 000.00 Barth-Syndrom | TAZ
- 000.00 Danon-Disease | LAMP2
- 179.04 Arrhythmogene Kardiomyopathie (ACM) | DES, DSC2, DSG2, DSP, FLNC, JUP, LMNA, PKP2, PLN, TMEM43
- 132.03 Long-QT-Syndrom (LQTS) | CACNA1C, CALM1, CALM2, CALM3, CAV3, KCNE1, KCNE2, KCNH2, KCNJ2, KCNJ5, KCNQ1, SCN4B, SCN5A, SNTA1, TRDN
- 180.03 Katecholaminerge ventrikuläre Tachykardie (CPVT) | CALM1, CALM2, CALM3, CASQ2, RYR2, TECRL, TRDN
- 739.02 Short QT-Syndrom | CACNA1C, CACNA2D1, CACNB2, KCNH2, KCNJ2, KCNQ1, SLC4A3
- 865.01 Brugada Syndrom | CACNA1C, CACNB2, GPD1L, HCN4, KCND3, KCNE3, KCNH2, SCN10A, SCN1B, SCN3B, SCN5A, TRPM4
- 1026.00 Vorhofflimmern | LMNA, TTN, PKP2, SCN5A, MYBPC3, KCNQ1
- 000.00 Wolff-Parkinson-White (WPW)-Syndrom | PRKAG2
- 181.02 Arrhythmogene Erkrankungen – umfassende Diagnostik | ABCC9, AKAP9, ANK2, CACNA1C, CACNA2D1, CACNB2, CALM1, CALM2, CASQ2, CAV3, DES, DSC2, DSG2, DSP, GPD1L, HCN4, JUP, KCND3, KCNE1, KCNE2, KCNE3, KCNE5, KCNH2, KCNJ2, KCNJ5, KCNJ8, KCNQ1, LMNA, PKP2, PLN, RANGRF, RYR2, SCN10A, SCN1B, SCN2B, SCN3B, SCN4B, SCN5A, SLMAP, SNTA1, TGFB3, TMEM43, TRDN, TRPM4
- 863.01 Plötzlicher Herztod-Basisdiagnostik | KCNQ1, KCNH2, SCN5A, RYR2
- 185.02 Angeborene Herzfehler – Gesamtpanel | ABL1, ACTC1, ACVR2B, CBL, CHD7, CITED2, CRELD1, ELN, FBN1, FLNA, GATA4, GATA5, GATA6, GDF1, GJA1, JAG1, KDM6A, KMT2D, KRAS, MAP2K1, MAP2K2, MED13L, MEIS2, MYH6, NKX2-5, NKX2-6, NODAL, NOTCH1, NOTCH2, NR2F2, NRAS, NSD1, PTPN11, RAF1, RIT1, SHOC2, SMAD6, SOS1, TAB2, TBX1, TBX20, TBX5, TGFB2, TGFB3, TGFB1, TGFB2, TLL1, ZEB2, ZFPM2, ZIC3
- 186.05 Herzerkrankungen – Gesamtpanel | 197 Gene, siehe www.mgz-muenchen.de

RISIKO FÜR HERZ-KREISLAUFERKRANKUNGEN

- 000.00 Polygenic Risk Score (PRS) für koronare Herzerkrankungen * °

► **Wir bitten um folgende Zusatzangaben:**

Gesamt-Cholesterin: _____ HDL-Cholesterin: _____

Systolischer Blutdruck: _____

Diabetes mellitus: Ja Nein Raucher: Ja Nein

* Selbstzahlerleistung, Rechnung an Patient (312,84 Euro)

FETTSTOFFWECHSELSTÖRUNGEN

- 620.00 Stufe 1: Familiäre Hypercholesterinämie | LDLR
- 621.00 Stufe 2: Familiäre Hypercholesterinämie, seltene Ursachen | APOB, LDLRAP1, PCSK9

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

GEFÄSS- UND BINDEGEWEBSERKRANKUNGEN

- 130.01 Ehlers-Danlos Syndrom (EDS) | ADAMTS2, B4GALT7, CHST14, COL1A1, COL1A2, COL3A1, COL5A1, COL5A2, FKBP14, FLNA, PLOD1, PRDM5, SLC39A13, TNXB, ZNF469
- 957.01 Marfan-Syndrom und Differentialdiagnosen | COL3A1, FBN1, SKI, SMAD2, SMAD3, TGFB2, TGFB3, TGFB1, TGFB2
- 127.02 Risiko für Aortenaneurysmen und Aortendissektionen | ACTA2, CBS, COL3A1, EFEMP2, FBN1, FLNA, FOXE3, MAT2A, MFAP5, MYH11, MYLK, NOTCH1, PRKG1, SKI, SLC2A10, SMAD3, TGFB2, TGFB3, TGFB1, TGFB2
- 000.00 Morbus Fabry | GLA
- 000.00 Transthyretin-Amyloidose | TTR
- 129.01 Kollagen Typ IV-assoziierte Erkrankungen und Phänokopien | COL4A1, COL4A2, JAM3, NOTCH3, TREX1
- 128.02 Schlaganfall / Stroke-like Episodes | ABCC6, ADA2, AMACR, CACNA1C, CBS, CD59, COL3A1, COL4A1, COL4A2, CST3, FBN1, FLNA, GLA, HTRA1, NOTCH3, OTC, POLG, SLC2A10, TGFB2, TGFB1, TGFB2, TREX1, TTR
- 194.03 Pulmonale arterielle Hypertonie (PAH), umfassende Diagnostik | ACVRL1, AQP1, ATP13A3, BMPR1B, BMPR2, CAV1, EIF2AK4, ENG, GDF2, KCNA5, KCNK3, SMAD9, SOX17, TBX4
- 175.07 Gefäß- und Bindegewebserkrankungen – Gesamtpanel | 182 Gene, siehe www.mgz-muenchen.de

Eine vollständige Auflistung aller Analysen, die aktuelle Zusammenstellung unserer Gen-Panels sowie Anforderungsformulare für weitere klinische Bereiche finden Sie unter: www.mgz-muenchen.de

