

Postadresse und Probenversand:

Heinrich-Düker-Weg 12
37073 Göttingen

Kontakt:

Molekulargenetik Tel.: 0551 / 39-69019 Fax: 0551 / 39-69303

E-Mail: silke.kaufuss@med.uni-goettingen.de

**Untersuchungsauftrag Molekulargenetik
- Herzerkrankungen -**

Patient
Krankenkasse: _____
Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Dat.: _____
Anschrift: _____ (Straße, Hausnummer)
_____ (PLZ, Wohnort)
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich (m) <input type="checkbox"/> weiblich (w) <input type="checkbox"/> divers (d) <input type="checkbox"/> unbestimmt (x)
Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
SSW / Letzte Regel am: _____
<input type="checkbox"/> Ambulant (Überweisungsschein Muster 10)
<input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Privat
Eine pränatale Diagnostik ist für einige der aufgeführten Erkrankungen möglich. Telefonische Terminvereinbarung bei Schwangerschaft und pränataler Diagnostik erforderlich!

Einsender
(Stempel)
Name Arzt: _____ (in Druckbuchstaben)

Untersuchungsmaterial
<input type="checkbox"/> EDTA-Blut (ca. 7,5 ml, EDTA-Monovette) Neugeborene / Kleinkinder (ca. 1 ml EDTA-Blut)
<input type="checkbox"/> DNA
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Bitte achten Sie auf die sorgfältige Beschriftung der entnommenen Proben (Name, Geburtsdatum)!
Geeignetes Versandmaterial für den Versand der Proben mit der Post können Sie unter 0551 / 39-67591 anfordern.

Indikation / Angaben zur Erkrankung / Angaben zur Familie / ggf. Stammbaum:

Insbesondere Angaben zu ähnlichen Erkrankungen, Fehl-/Totgeburten, geistige oder körperliche Behinderung, Stoffwechselkrankheiten

Bitte fügen Sie Kopien der Ihnen vorliegenden Arztbriefe und / oder Befunde dem Untersuchungsauftrag mit bei.

Einwilligung des Patienten
<input type="checkbox"/> Eine vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung liegt dem Untersuchungsauftrag bei (auch als Kopie möglich; Vorlage verfügbar unter: www.humangenetik-umg.de).
<input type="checkbox"/> Eine vollständige und im Sinne des GenDG gültige Einwilligungserklärung liegt bei uns vor (überschüssiges Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein).
Hinweis: Ohne Einwilligungserklärung des Patienten darf mit der Untersuchung <u>nicht</u> begonnen werden!

(Datum)

(Name Arzt in Druckbuchstaben)

(Unterschrift Arzt)

Patientenname: _____ Geb.-Dat.: _____

Bitte die gewünschte Untersuchung ankreuzen

Ziel der Untersuchung

Bitte fügen Sie Kopien der molekulargenetischen Befunde bei.

Differentialdiagnostische Untersuchung
Familiäre Mutation bekannt ja ^[1] nein

Mutation: _____
(Gen) (Position)

Prädiktive Diagnostik (nach genetischer Beratung, GenDG, §7 I)

Mutation: _____
(Gen) (Position)

Testung auf Anlageträgerschaft ^[1]
(rezessive Erkrankungen)

Mutation: _____
(Gen) (Position)

Wurde in den letzten 12 Monaten eine Panel-Diagnostik nach EBM 11.4.3 GOP11513 durchgeführt?

ja nein Wo? _____

ID		Kardiomyopathie, dilatativ (DCM)			
<input type="checkbox"/>	DCM-1	Gen-Panel ^[2] der folgenden 6 krankheitsassoziierten Gene (24,4 kb): <i>DMD*, LMNA*, MYBPC3*, MYH7*, TNNT2*, TPM1</i> *einschließlich MLPA	<input type="checkbox"/>	DCM-2	Erweitertes Gen-Panel ^[3] (Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 47 Gene ; 391,6 kb): <i>ABCC9, ACTC1, ACTN2, ANKRD1, BAG3*, CASQ2, CRYAB, CSRP3, CFT1, DES, DNAJC19, DOLK, DSC2*, DSG2*, DSP*, EMD, EYA4, FKTN, GATAD1, ILK, LAMA2, LAMA4, LAMP2, LDB3, MURC, MYH6, MYL2, MYL3, MYPN, NEXN, NPPA, PDLIM3, PLN, PRDM16, RAF1, RBM20, SCN5A*, SGCD, TAZ, TBX20, TBX5*, TCAP, TMPO, TNNC1, TNNI3, TTR, VCL</i>
<input type="checkbox"/>	DCM-3	Gesamt-Diagnostik ^[3] (Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 53 Gene aus DCM-1 + DCM-2; 423,3 kb)			

ID		Kardiomyopathie, hypertroph (HCM)			
<input type="checkbox"/>	HCM-1	Gen-Panel ^[2] der folgenden 15 krankheitsassoziierten Gene (23,1 kb): <i>ACTC1, CSRP3, FHL1, MYBPC3*, MYH7*, MYL2, MYL3, MYPN, PLN, PRKAG2, TNNC1, TNNI3, TNNT2*, TPM1, TRIM63</i> *einschließlich MLPA	<input type="checkbox"/>	HCM-2	Erweitertes Gen-Panel ^[3] Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 30 Gene , 63,8 kb): <i>ACTN2, ANKRD1, CACNA1C, CALR3, CASQ2, CAV3*, CBL, COX15, CRYAB, DES, FHL2, FXN*, GLA*, JPH2, KLF10, LDB3, MAP2K1, MAP2K2, MYH6, MYLK2, MYO6, MYOZZ, NEXN, PDLIM3, RAF1, RYR2*, SLC25A4, TCAP, TTR, VCL</i>
<input type="checkbox"/>	HCM-3	Gesamt-Diagnostik ^[3] (Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 45 Gene aus HCM-1 + HCM-2; > 86,8 kb)			

ID		Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie / Dysplasie (ARVC/D)			
<input type="checkbox"/>	ARV-1	Gen-Panel ^[2] der folgenden 7 krankheitsassoziierten Gene (22,1 kb): <i>DSC2*, DSG2*, DSP*, JUP*, PKP2*, TGFB3*, TMEM43</i>	<input type="checkbox"/>	ARV-2	Erweitertes Gen-Panel ^[3] Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 2 Gene ; 16,3 kb): <i>CASQ2, RYR2*</i>
<input type="checkbox"/>	ARV-3	Gesamt-Diagnostik ^[3] (Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 9 Gene aus ARV-1 + ARV-2; 38,3 kb)			

ID		Non-compaction Kardiomyopathie (NCCM)	
<input type="checkbox"/>	NCM-1	Gen-Panel ^[2] der folgenden 9 krankheitsassoziierten Gene (24,9 kb): <i>ACTC1, HCN4, MIB1, MYBPC3*, MYH7*, NEXN, PRDM16, TAZ, TPM1</i> *einschließlich MLPA	

ID		Kardiomyopathie, restriktiv (RCM)	
<input type="checkbox"/>	RCM-1	Gen-Panel ^[2] der folgenden 8 krankheitsassoziierten Gene (15,2 kb): <i>ACTC1, DES, MYH7*, MYL2, MYPN, TNNI3, TNNT2*, TPM1</i> *einschließlich MLPA	

ID		Morbus Fabry	
<input type="checkbox"/>	MFA-1	Mutationsanalyse ^[2] des krankheitsassoziierten Gens (1,3 kb): <i>GLA*</i>	

ID		Catecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT)	
<input type="checkbox"/>	CPT-1	Gen-Panel ^[2] der folgenden 6 krankheitsassoziierten Gene (20,4 kb): <i>CASQ2, CALM1, KCNE1*, KCNJ2*, RYR2*, TRDN</i>	

Patientenname: _____ Geb.-Dat.: _____

Bitte die gewünschte Untersuchung ankreuzen

ID	Long QT-Syndrom (LQT)	
<input type="checkbox"/> LQT-1	Gen-Panel ^[2] der folgenden 6 krankheits-assoziierten Gene (24,2 kb): <i>ANK2, KCNE1*, KCNE2*, KCNH2*, KCNQ1*, SCN5A*</i>	<input type="checkbox"/> LQT-2 Erweitertes Gen-Panel ^[3] (Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 11 Gene ; 41,2 kb): <i>AKAP9, CACNA1C, CALM1, CAV3*, KCNE3, KCNJ2*, KCNJ5, RYR2*, SCN4B, SNTA1, TRDN</i>
<input type="checkbox"/> LQT-3	Gesamt-Diagnostik ^[3] (Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 17 Gene aus LQT-1 + LQT-2; 65,4 kb)	
ID	Short QT-Syndrom (SQT)	
<input type="checkbox"/> SQT-1	Gen-Panel ^[2] der folgenden 3 krankheitsassoziierten Gene (11,9 kb): <i>CACNA1C, KCNH2*, KCNQ1*</i>	
ID	Brugada-Syndrom	
<input type="checkbox"/> BRU-1	Gen-Panel ^[2] der folgenden 7 krankheits-assoziierten Gene (24,5 kb): <i>CACNA1C, CACNA2D1, CACNB2, PKP2*, SCN1B, SCN5A*, TRPM4</i>	<input type="checkbox"/> BRU-2 Erweitertes Gen-Panel ^[3] (Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 10 Gene ; 44,9 kb): <i>AKAP9, CALM1, CAV3*, KCNE3, KCNJ2*, KCNJ5, RYR2*, SCN4B, SNTA1, TRDN</i>
<input type="checkbox"/> BRU-3	Gesamt-Diagnostik ^[3] (Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 17 Gene aus BRU-1 + BRU-2; 69,4 kb)	
ID	Noonan-Syndrom	
<input type="checkbox"/>	Bitte nutzen Sie den Untersuchungsauftrag „Syndrome“.	
ID	Leopard-Syndrom	
<input type="checkbox"/> LEO-1	Gen-Panel ^[2] der folgenden 3 krankheitsassoziierten Gene (4,4 kb): <i>BRAF, PTPN11, RAF1</i>	
ID	Hypercholesterinämie (LDLR-Defizienz)	
<input type="checkbox"/> LDR-1	Mutationsanalyse ^[2] des krankheitsassoziierten Gens (2,6 kb): <i>LDLR*</i>	
ID	Hypercholesterinämie (primär)	
<input type="checkbox"/> LDR-2	Gen-Panel ^[2] der folgenden 3 krankheitsassoziierten Gene (16,7 kb): <i>APOB, PCSK9, LDLRAP1</i>	
ID	Amyloidose (erbliche Form)	
<input type="checkbox"/> AMY-1	Mutationsanalyse ^[2] des krankheitsassoziierten Gens (0,4 kb): <i>TTR</i>	
ID	Marfan-Syndrom	
<input type="checkbox"/> MAR-1	Gen-Panel der folgenden 3 krankheitsassoziierten Gene (11,8 kb): <u>Stufe 1</u> ^[4] : <i>FBN1</i> , nachfolgend <i>TGFBR1, TGFBR2</i> <u>Stufe 2</u> ^[5] : MLPA für <i>FBN1, TGFBR1, TGFBR2</i>	<input type="checkbox"/> MAR-2 Erweitertes Gen-Panel ^[3] (Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 6 Gene ; 19,7 kb): <i>ACTA2, COL3A1*, MYH11, MYLK, SMAD3, TGFB2</i>
<input type="checkbox"/> MAR-3	Gesamt-Diagnostik ^[3] (Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 9 Gene aus MAR-1 + MAR-2; 31,6 kb)	
ID	Ehlers-Danlos-Syndrom (vaskuläre Form)	
<input type="checkbox"/> EDS-1	Mutationsanalyse ^[6] des krankheitsassoziierten Gens (4,4 kb): <i>COL3A1*</i> *einschließlich MLPA	<input type="checkbox"/> EDS-2 Erweitertes Gen-Panel ^[3] (Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 8 Gene , 27,2 kb): <i>ACTA2, FBN1*, MYH11, MYLK, SMAD3, TGFB2, TGFBR1*, TGFBR2*</i>
<input type="checkbox"/> EDS-3	Gesamt-Diagnostik ^[3] (Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 9 Gene aus MAR-1 + MAR-2; 31,6 kb)	

Patientenname: _____ Geb.-Dat.: _____

Bitte die gewünschte Untersuchung ankreuzen

<input type="checkbox"/>	ID	Thorakale Aortenerweiterung
<input type="checkbox"/>	THR-1	Gen-Panel der folgenden 9 krankheitsassoziierten Gene ^[7] : <i>ACTA2, COL3A1*, FBN1*, MYH11, MYLK, SMAD3, TGFB2, TGFB1*, TGFB2*</i> *einschließlich MLPA
<input type="checkbox"/>	ID	Bindegewebserkrankung mit Gefäßbeteiligung
<input type="checkbox"/>	BIG-1	Gesamt-Diagnostik ^[3] (Nur nach Genehmigung der Kostenübernahme durch den Versicherer. Sie können uns eine Vollmacht zur Antragstellung erteilen (siehe Anlage). 20 Gene ; 73,8 kb): <i>ACTA2, CBS, COL3A1*, COL5A1, COL5A2, EFEMP2, ELN*, FBN1*, FBN2, LTPB2, MYH11, MYLK, MYLK2, NOTCH1, SLC2A10, SMAD3, SMAD4*, TGFB2, TGFB1*, TGFB2*</i> *einschließlich MLPA
Multiplex ligation-dependent probe amplification (MLPA) – nur MLPA der Gene, ohne Sequenzanalyse		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>MYH7</i> <input type="checkbox"/> <i>MYBPC3</i> <input type="checkbox"/> <i>TNNT2</i> <input type="checkbox"/> <i>DMD</i> <input type="checkbox"/> <i>COL3A1</i> <input type="checkbox"/> <i>FBN1</i> <input type="checkbox"/> <i>TGFB1</i> <input type="checkbox"/> <i>TGFB2</i>
<input type="checkbox"/>	Einzelgendiagnostik / individuelles Panel	
<input type="checkbox"/>	Bitte kontaktieren Sie uns, damit wir gemeinsam die von Ihnen gewünschte Einzelgendiagnostik bzw. das individuelle Panel besprechen können. Kontakt: Dr. med. Loukas Argyriou, Tel.: 0551 / 39-67592, E-Mail: loukas.argyriou@med.uni-goettingen.de PD Dr. rer. nat. Silke Kaulfuß, Tel.: 0551 / 39-69019, E-Mail: silke.kaulfuss@med.uni-goettingen.de	

^[1] Untersuchung mittels Sanger-Sequenzierung

^[2] entsprechend EBM Kapitel 11.4.3, GOP 11512 und 11513

^[3] entsprechend EBM Kapitel 11.4.3, GOP 11514

^[4] entsprechend EBM Kapitel 11.4.2, GOP 11444

^[5] entsprechend EBM Kapitel 11.4.2, GOP 11445

^[6] entsprechend EBM Kapitel 11.4.2, GOP 11446 und 11447

^[7] entsprechend EBM Kapitel 11.4.2, GOP 11448

Patientenname: _____ Geb.-Dat.: _____

Übertragung der Vollmacht

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Eine Diagnostik von mehr als 25 Kilobasen (kb) DNA-Sequenz bzw. ausgewählter Leistungen aus Kapitel 11.4.2 des EBM ist erst nach Genehmigung durch die Krankenkasse möglich. Die 25-kb-Grenze wird ggf. schon bei Untersuchung nur eines einzelnen Gens bzw. der Untersuchung einiger weniger Gene erreicht bzw. überschritten. Ebenso kann es sein, dass bei einer Diagnostik von weniger als 25 kb DNA-Sequenz (sog. „kleines Panel“) keine ursächlichen Veränderungen identifiziert wurden, sodass eine Untersuchung weiterer DNA-Sequenzen notwendig wird (> 25 kb; sog. „großes Panel“). Diese weiterführende Analyse mit Hilfe eines „großen Panels“ ist jedoch seit dem 01.01.2017 laut EBM erst 4 Quartale (=12 Monate) nach der Diagnostik mit einem „kleinen Panel“ möglich und ebenfalls genehmigungspflichtig durch die Krankenkassen. Sofern Sie uns eine Vollmacht erteilen, übernehmen wir gerne die dafür erforderliche Antragstellung bei Ihrer zuständigen Krankenkasse.

Vollmacht

Ich beauftrage hiermit das Medizinische Versorgungszentrum der Universitätsmedizin Göttingen, Bereich Humangenetik zu einer weiterführenden molekulargenetischen Diagnostik im Rahmen der in der zugehörigen Patienteneinwilligung genannten Indikation, sofern die antragsfreie molekulargenetische Untersuchung (< 25 kb) nicht zu einer Klärung der Ursache der Erkrankung geführt hat.

Ich erteile hiermit verbindlich dem Medizinischen Versorgungszentrum der Universitätsmedizin Göttingen, Bereich Humangenetik die Vollmacht, in dieser Angelegenheit und zu diesem Zwecke eine Genehmigung zur Übernahme der notwendigen Kosten gemäß EBM mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit bei meiner zuständigen Krankenkasse zu beantragen. Zu diesem Zwecke entbinde ich die Ärzte des Medizinischen Versorgungszentrums der Universitätsmedizin Göttingen, Bereich Humangenetik von der Schweigepflicht in o.g. Angelegenheit gegenüber meiner zuständigen Krankenkasse.

(Datum)

(Name Patient(in) bzw. Sorgebevollmächtigte(r) - in Druckbuchstaben)

(Unterschrift Patient(in) bzw. Sorgebevollmächtigte(r))