Patientendaten

Leistungsauftrag Pharmakogenetik

ZENTRUM FÜR PHARMAKOGENETIK
Apotheker Sebastian Geitz, Im Langen Hahn 21, 58515 Lüdenscheid, Tel.: 02351-4327657, www.zfph.de

An
MVZ Labor Dr. Stein und Kollegen
Wallstraße 10

41061 Mönchengladbach

Stempel des Einsenders (Arzt)

Original an Labor, ein Durchschlag/Kopie für die Dokumentation in der Praxis, ein Durchschlag/Kopie an Patient

Laborleistungen

	Einzelanalysen		Als IGEL (Euro)
☐	12S-rRNA-Gen	1555 A>G	202,34
☐	ACE	I / D	142,66
☐	CYP2B6	*9	246,18
☐	CYP2C9	*2, *3	240,11
☐	CYP2C19	*2, *3, *4	260,40
☐	CYP2D6	Stufe 1: *3, *4, *5, *6, NX2	322,77
☐	CYP2D6	Stufe 2: *3- 10, *17, NX2	418,94
☐	CYP3A4	*1B	246,18
☐	CYP3A5	*3	246,18
☐	DP(Y)D	*2A (=Exon-14-Skipping)	142,66
☐	G6PDH	S188F	224,26
☐	GST	M1-Null-Allel	125,17
☐	MDR1	3435 C>T	246,18
☐	NAT2	*4,*5A,*6A,*7A,*14A	212,84
☐	TPMT	*1, *2, *3A, *3B, *3C	226,94
☐	UGT1A1	*28	224,26
☐	VKORC1	-1173C>T	224,26

	Kombinationsanalysen		
☐	CYP2B6	*9	469,53
	CYP2D6	*3, *4, *5, *6, *7, *8, *9, *10,*17, NX2	
☐	CYP2B6	*9	398,89
	CYP2C19	*2, *3, *4	
☐	*Kombination Antidepressiva / Neuroleptika*		441,09
	CYP2C19	*2, *3, *4	
	CYP2D6	*3, *4, *5, *6, *7, *8, *9, *10, *17, NX2	
☐	*Kombination Cumarine*		293,97
	CYP2C9	*2, *3	
	VKORC1	-1173C>T	
☐	*Kombination KHK*		440,86
	ACE	I / D	
	CYP2D6	*3, *4, *5, *6, *7, *8, *9, *10, *17, NX2	
	CYP3A4	*1B	
	CYP3A5	*3	
☐	HLA-B*5701		

Weitere Angaben zum Patienten

Aktuelle Medikation mit Dosierung, (Verdachts-)Diagnose, Anamnese

			Als IGEL (Euro)
☐	*Kombination Onkologie*		344,57
	DP(Y)D	*2A=Exon-14-Skipping	
	CYP3A4	*1B	
	CYP3A5	*3	
	MDR1	3435 C>T	
	TPMT	*1, *2, *3A, *3B, *3C	
	UGT1A1	*28	
☐	*Kombination für einen Großteil der meist verordneten Arzneistoffe*		567,46
	CYP2C9	*2, *3	
	CYP2C19	*2, *3, *4	
	CYP2D6	*3, *4, *5, *6, NX2	
	CYP3A4	*1B	
	CYP3A5	*3	
	MDR1	3435 C>T	
	G6PDH	S188F	
	NAT2	*4,*5A,*6A,*7A,*14A	
☐	Sontiges (nur auf Anfrage)		
	.....	.....	
	.....	.....	
	.....	.....	
	.....	.....	

Wir beauftragen hiermit die gekennzeichneten Laborleistungen zu DNA-diagnostischen Zwecken im Rahmen des weiteren Vorgehens ärztlich betreuter Arzneimittelbehandlungen. Uns ist bekannt, dass es sich bei den gewünschten Leistungen um Gesundheitsleistungen handelt, die nicht grundsätzlich von gesetzlichen oder privaten Krankenkassen erstattet werden, insbesondere wenn es sich um sogenannte Screenings handelt. Über die Erstattungsfähigkeit durch die Krankenkasse hat sich der Patient im Vorfeld selbst zu erkundigen und trägt für eine eventuelle Kostenerstattung selbst die Verantwortung. Im Falle einer Ablehnung der Krankenkasse bezüglich der Kostenübernahme trägt der Patient die Kosten der Analyse selbst. Uns ist bekannt, dass das mit dieser Genanalyse beauftragte Labor mit dem auf pharmakogenetische Dienstleistungen spezialisierten Einzelunternehmen Zentrum für Pharmakogenetik, Apotheker Sebastian Geitz, Im Langen Hahn 21 in Lüdenscheid zum Zwecke der ordentlichen Ausführung der gewünschten Leistungen kooperiert. Wir sind damit einverstanden, dass alle zur unmittelbaren Verarbeitung nötigen Daten dieses Auftrags an das Zentrum für Pharmakogenetik in Lüdenscheid weitergeben werden und dieses im weiteren Schritt Kontakt zum behandelnden Arzt aufnehmen kann. Die Laborleistungen gehen nicht zu Lasten des Budgets des beauftragenden Arztes. Für die Abrechnung mit einer gesetzlichen Krankenkasse ist diesem Untersuchungsauftrag zwingend ein vollständig ausgefüllter Überweisungsschein Muster 6 bzw. Laborschein Muster 10 beizufügen. In der Regel erfolgt die Analyse aus EDTA-Blut. Bei Bedarf können auch Rachenabstriche verwendet werden. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten ggf. an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. Stand: 26.10.2010.

Aufklärung und Einwilligung des Patienten im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes:
Entsprechend den Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes ist mir der Zweck, die Art, der Umfang und die Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchung in einem Beratungsgespräch erläutert worden. Ich bin über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der Untersuchung von meinem/meiner oben genannten Arzt/Ärztin informiert worden und hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und eine angemessene Bedenkzeit, mich für oder gegen die Untersuchung zu entscheiden. Nach Abschluss der Analyse(n) verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit gemäß §950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchführt. Die Untersuchungsergebnisse müssen nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Ich weiß, dass ich die Zustimmung zu dieser/diesen Untersuchung/en jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, zu der/den o.g. Untersuchung/en unabhängig vom Testergebnis eine humangenetische Beratung in Anspruch zu nehmen.
Die Ergebnismitteilung erfolgt vom Labor an meine betreuende Ärztin/ meinen Arzt, die/der mir das Ergebnis mitteilen wird. Ich habe das Recht auf Nichtwissen und kann jederzeit erklären, dass ich das Ergebnis nicht erfahren möchten. Wenn ich es wünsche, wird das Ergebnis nicht an mich sondern zum Beispiel nur an Familienangehörige mitgeteilt. Ich habe die o.g. Erklärungen verstanden und stimme der Untersuchung zu.

Die Abrechnung soll erfolgen… ☐ als IgeL (Selbstzahler) ☐ über die private Krankenkasse ☐ über die gesetzliche Krankenkasse

Im Falle der Selbstzahlung soll die Rechnung gestellt werden an… ☐ den Patienten ☐ den Einsender (Arzt)

Folgenden weiteren Ärzten erlaube ich die Ergebnisse der Gendiagnostik einzusehen: _____

Datum, Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

Datum, Unterschrift behandelnder Arzt