

Einsender

Klinik/Station: Ambulanz: Arzt:
Adresse/Stempel:

Tel.: _____
Fax.: _____

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG – Carrier Screening (Abklärung gemeinsamer Anlageträgerschaften)

Angaben zu den Patienten

| | | | |
|-------------------------|---|-----------------------|---|
| Name Partnerin: | _____ | Name Partner: | _____ |
| Geburtsdatum Partnerin: | _____ | Geburtsdatum Partner: | _____ |
| Wohnanschrift: | _____ | Wohnanschrift: | _____ |
| Krankenversicherung: | Gesetzlich: <input type="checkbox"/> Privat: <input type="checkbox"/> | Krankenversicherung: | Gesetzlich: <input type="checkbox"/> Privat: <input type="checkbox"/> |



Carrier Screening

2.100,39 €

Umfassende Diagnostik mit mindestens 750 Genen

inklusive gezielter Krankheiten: Cystische Fibrose, Spinale Muskelatrophie, Fragiles X-Syndrom, adrenogenitales Syndrom (AGS) und Morbus Gaucher.

Weitere Krankheiten: Störungen des Immunsystems, des endokrinen System und der Geschlechtsentwicklung, Nierenerkrankungen, Intellektuelle Entwicklungsstörungen, Haut- und Haarerkrankungen, Erkrankungen der Leber und des Magen-Darm-Trakts, Lungenerkrankungen, Multisystemische Krankheiten, Ziliopathien, angeborene Fehlbildungssyndrome und früh auftretende Krankheiten, Erkrankungen des Bindegewebes, Myopathien, Herzerkrankungen, Hämatologische Erkrankungen, Seh- und Hörstörungen, Neurologische, neurodegenerative und neurologische Entwicklungsstörungen und Neuropathien, Mitochondriale Störungen, Stoffwechselerkrankungen.



Optional: Thalassämien

zzgl. 500 €

α- und β-Thalassämie

Gezielte Untersuchung der Gene *HBA1*, *HBA2* und *HBB*.

Analysiert und berichtet werden Veränderungen, die mit ausreichender Sicherheit (pathogene und wahrscheinlich pathogene Veränderungen nach ACMG) für eine geplante Schwangerschaft des untersuchten Paares relevant sind. Individuelle Anlageträgerschaften, für die das nicht zutrifft, werden nicht berichtet.

Untersuchungsmaterial

| | | | |
|---|-------|---|-------|
| Entnahmedatum Partnerin: | _____ | Entnahmedatum Partner: | _____ |
| <input type="checkbox"/> EDTA-Blut (3-5 mL) | | <input type="checkbox"/> EDTA-Blut (3-5 mL) | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges: | _____ |

Bei dem Carrier Screening handelt es sich um eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL), welche nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen gehört. Ich erkläre hiermit rechtsverbindlich, dass ich für die in dem vorliegendem Untersuchungsauftrag genannten Kosten bei Rechnungsstellung vollständig aufkommen werde. Die Einverständniserklärung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) ist gesondert einzureichen.

Ort, Datum

Unterschrift Partnerin

Unterschrift Partner

* **Sendeadresse** (ungekühlt, kein Eilversand):

SYNLAB MVZ | Humangenetik München | Lindwurmstr. 23 | 80337 München