

Einsender

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

Tel.: _____
Fax.: _____

UNTERSUCHUNGSauftrag – Carrier Screening (Abklärung gemeinsamer Anlageträgerschaften)

Angaben zu den Patienten

Name Partnerin:	_____	Name Partner:	_____
Geburtsdatum Partnerin:	_____	Geburtsdatum Partner:	_____
Wohnanschrift:	_____	Wohnanschrift:	_____
Krankenversicherung:	Gesetzlich: ☐ Privat: ☐	Krankenversicherung:	Gesetzlich: ☐ Privat: ☐



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: _____
☐ EDTA-Blut (3-5 mL)	☐ EDTA-Blut (3-5 mL)
☐ Sonstiges: _____	☐ 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 vorliegenden 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