



## ANFORDERUNGSSCHEIN GENOMSEQUENZIERUNG

Im Rahmen des Modellvorhabens Genomsequenzierung nach § 64e SGB V über umfassende Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen und onkologischen Erkrankungen

**PATIENT/IN (ggf. Aufkleber)**

Name:  
Vorname:  
Geburtstag:                      Geschlecht: w  m   
Anschrift:  
Versichertennummer:  
Krankenkasse:

**Anfordernder Arzt / Anfordernde Ärztin (Stempel)**

**Mutter von Patient/in (ggf. Aufkleber)**

Name:  
Vorname:  
Geburtstag:  
Anschrift:

**Vater von Patient/in (ggf. Aufkleber)**

Name:  
Vorname:  
Geburtstag:  
Anschrift:

### Anforderung:

**Asservierung von DNA bis zur Durchführung Genomboard 1**

**Einzel-Genom\*:**  
Exomweite Analyse auf Basis einer Einzelgenomsequenzierung inklusive genomweiter Nachweis von Deletionen und Duplikationen

**Trio-Genom\*:**  
Exomweite Analyse auf Basis einer Triogenomsequenzierung inklusive genomweiter Nachweis von Deletionen und Duplikationen und Segregationsanalyse bei den Eltern

**\*Anforderung für Genomsequenzierung nur gültig nach Freigabe durch das Genomboard 1!**

### Untersuchungsmaterial:

**EDTA-Blut** \_\_\_\_\_ ml     **DNA** \_\_\_\_\_ µg     **Sonstiges:** \_\_\_\_\_    **Entnahmedatum:** \_\_\_\_\_

Wurde auch Untersuchungsmaterial der Eltern (ggf. weiterer Familienmitglieder) versandt?

**Nein**     **Ja**, (bitte spezifizieren)     **EDTA-Blut** /  **DNA** /  **sonstiges** \_\_\_\_\_ (Mutter)

**Nein**     **Ja**, (bitte spezifizieren)     **EDTA-Blut** /  **DNA** /  **sonstiges** \_\_\_\_\_ (Vater)

**Nein**     **Ja**, (bitte spezifizieren)     **EDTA-Blut** /  **DNA** /  **sonstiges** \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Name der/s Ärztin/Arztes: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
(Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes gemäß GenDG