



## ANFORDERUNGSSCHEIN GENOMSEQUENZIERUNG

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

<b>PATIENT/IN (ggf. Aufkleber)</b>
Name:
Vorname:
Geburtstag:                      Geschlecht: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>
Anschrift:
Versichertennummer:
Krankenkasse:

<b>Anfordernder Arzt / Anfordernde Ärztin (Stempel)</b>
---

<b>Mutter von Patient/in (ggf. Aufkleber)</b>
Name:
Vorname:
Geburtstag:
Anschrift:

<b>Vater von Patient/in (ggf. Aufkleber)</b>
Name:
Vorname:
Geburtstag:
Anschrift:

### Anforderung:

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Asservierung von DNA bis zur Durchführung Genomboard 2</b>
<input type="checkbox"/> <b>Einzel-Genom*:</b> Exomweite Analyse auf Basis einer Einzelgenomsequenzierung inklusive genomweiter Nachweis von Deletionen und Duplikationen
<input type="checkbox"/> <b>Trio-Genom*:</b> 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 2!**

### Untersuchungsmaterial:

<input type="checkbox"/> <b>EDTA-Blut</b> _____ ml <input type="checkbox"/> <b>DNA</b> _____ µg <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges:</b> _____ <b>Entnahmedatum:</b> _____
Wurde auch Untersuchungsmaterial der Eltern (ggf. weiterer Familienmitglieder) versandt?
<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> , (bitte spezifizieren) <input type="checkbox"/> <b>EDTA-Blut</b> / <input type="checkbox"/> <b>DNA</b> / <input type="checkbox"/> <b>sonstiges</b> _____ (Mutter)
<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> , (bitte spezifizieren) <input type="checkbox"/> <b>EDTA-Blut</b> / <input type="checkbox"/> <b>DNA</b> / <input type="checkbox"/> <b>sonstiges</b> _____ (Vater)
<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> , (bitte spezifizieren) <input type="checkbox"/> <b>EDTA-Blut</b> / <input type="checkbox"/> <b>DNA</b> / <input type="checkbox"/> <b>sonstiges</b> _____ ( _____ )

Name des Arztes: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
(Druckbuchstaben)

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