

Auftrag zur Sequenzierung eines Myopathie-Panels

Zentrum Medizinische Genetik Würzburg, Biozentrum, Am Hubland, 97074 Würzburg



Patientendaten (ggf. Aufkleber):

M W

Name _____

Vorname _____ geb. _____

Kostenträger (bitte unbedingt ausfüllen!):

- GKV-Patienten** ▶ **bitte Ü-Schein 10 beilegen**
- Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patienten)**
Falls Kostenvoranschlag erforderlich, bitte anfordern.
- Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patienten)**
Falls Kostenvoranschlag erforderlich, bitte anfordern.
- Abrechnung gemäß § 116b SGB V (nach EBM)**
- GOÄ-Rechnung an Einsender/Klinik**
GOÄ-Abrechnungen erfolgen über die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen e.V.

Klinische Verdachtsdiagnose (bitte Befundkopie beilegen):

Informationen zur Eigen- und Familien-Anamnese:

MATERIAL: 5-10 ml EDTA-Blut, Röhrchen bitte eindeutig beschriften, bruchsticher verpacken; ohne Kühlung und möglichst innerhalb einer Woche versenden!

UNTERSUCHUNGSauftrag (bitte ankreuzen)

Informationen zum Myopathie-Panel:

Die Technik des „Next generation sequencing“ (NGS) erlaubt die parallele Analyse zahlreicher Gene in einem Untersuchungsansatz mittels sog. Panel-Diagnostik. Für unser **Myopathie-Panel** haben wir **65 Gene** zusammengefasst, die ursächlich für die häufigsten erblichen Formen von Muskelerkrankungen sein können.

Für **Selbstzahler** erfolgt nach Vorlage einer schriftlichen Kostenübernahme-Erklärung immer die Analyse des kompletten Myopathie-Panels (inkl. DMD).

Da ab dem 01.07.2016 für **gesetzlich versicherte Patienten** ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse nur bis zu 25 kb kodierender Sequenz analysiert werden dürfen, wurde das Myopathie-Panel in fünf Subpanels mit einer klinisch orientierten Auswahl an Genen bis max. 25 kb unterteilt.

Bitte kreuzen Sie unten das gewünschte Subpanel an.

Die Analyse des gesamten Myopathie-Panels (über 25 kb hinaus) ist für GKV-Patienten **mit zusätzlicher Genehmigung** durch die gesetzliche Krankenkasse oder als **individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)** möglich. Gerne sind wir bei der Antragstellung für die Krankenkasse behilflich. Die Analyse des gesamten Myopathie-Panels erfolgt nur nach Vorlage einer schriftlichen Kostenübernahme-Erklärung.

Gerne beantworten wir Ihre Rückfragen.

Dr. Gerhard Meng, Tel: 0931-31-84064 (Kosteninformationen)

Dr. Wolfram Kress, Tel: 0931-31-84062 (klinische Fragen)

Konstantinos Kolokotronis, Tel: 0931-31-82187 (klinische Fragen)

PD Dr. Simone Rost, Tel: 0931-31-84095 (technische Fragen)

> Bitte beachten Sie auch unser Auftragsformular für **Einzelgen-Analysen** (z.B. BMD/DMD, FSHD1, SMA, etc.) auf unserer Internetseite:
<http://www.humgen.biozentrum.uni-wuerzburg.de/patientenversorgung/formulare/>

> Das Flussdiagramm auf unserer Internetseite (unter NGS-Panel-Analysen) kann Ihnen bei der Auswahl des Subpanels helfen.

Muskeldystrophien (MD)

Emery-Dreifuss MD (aut. dominant, LMNA; X-chromosomal, EMD)
Fazio-skapulo-humerale MD, Typ 2 (FSHD2, SMCHD1)
Rigid Spine Muskeldystrophie (SEPN1)
Bethlem-/Ullrich-Myopathie (COL6A1, COL6A2, COL6A3)

Strukturmyopathien

Nemaline Myopathien (ACTA1, TNNT1, TPM2, TPM3)
Myotubuläre (zentronukleäre) Myopathien (BIN1, DNM2, MTM1, RYR1)
Central-Core-, Multi-Mini-Core-Disease (ACTA1, RYR1, SEPN1)

Myofibrilläre und distale Myopathien

MFM (BAG3, CRYAB, DES, DNAJB6, FHL1, FLNC, MYOT, ZASP)
Distale Myopathien (DES, DNAJB6, FLNC, KLHL9, MYH7, TIA1)

Gliedergürtel-MD mit hohen CK-Werten (LGMD-A)

LGMD 2A (CAPN3), LGMD 2B (DYSF), LGMD 2C (SGCG),
LGMD 2D (SGCA), LGMD 2E (SGCB), LGMD 2F (SGCD),
LGMD 2G (TCAP), LGMD 2i (FKRP), LGMD 2L (ANO5),
LGMD 1A (MYOT), LGMD 1C (CAV3), GSD2 (GAA), GSD5 (PYGM)

Kongenitale und weitere Gliedergürtel-MD (LGMD-B)

LGMD 2H (TRIM32), LGMD 2i (FKRP), LGMD 2K (POMT1),
LGMD 2M (FKTN), LGMD 2N (POMT2), LGMD 2O (POMGNT1),
LGMD 2P (DAG1), LGMD 2S (TRAPPC11), LGMD 2T (GMPPB),
LGMD 2U (ISPD), LGMD 1B (LMNA), LGMD 1F (TNPO3)

Gesamtes Myopathie-Panel

für Selbstzahler (inkl. DMD) bzw.
für GKV-Patienten nach Genehmigung

Probenentnahme am: _____ durch: _____

Name der verantwortlichen ärztlichen Person (bitte in Druckschrift)

Datum _____ Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person _____

Arztstempel _____

Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligungserklärung des Patienten vorliegt (siehe Seite 2).

Einwilligung zur Panel-Sequenzierung

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

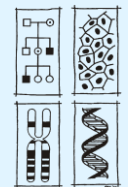
Name _____ Vorname _____
 geb. _____ männlich weiblich
 Straße _____
 PLZ _____ Ort _____

Bitte zurücksenden an:

**Zentrum Med. Genetik Würzburg
 Biozentrum, Am Hubland
 97074 Würzburg**



**Praxis für Humangenetik
 PD Dr. med. Erdmute Kunstmann**
 Tel: 0931-3184435, Fax: 0931-45265859
 E-Mail: kunstmann@biozentrum.uni-wuerzburg.de



Institut für Humangenetik, DNA-Labor
 Tel: 0931-3184064, Fax: 0931-3184069
 E-Mail: gmeng@biozentrum.uni-wuerzburg.de

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patienten.

Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:

Ich bin damit einverstanden, dass meine DNA bzw. die DNA meines Kindes mittels Panel-Sequenzierung analysiert wird, um die klinische Diagnose einer **erblichen Muskelerkrankung** abzuklären.

Über deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung / Vermeidung / Behandlung sowie über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut- / Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden.

Bei genetischen Analysen können sich Zusatzbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen. Ich wünsche die Mitteilung solcher Zusatzbefunde.

ja
 nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial (Blut- oder DNA-Probe) nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden. Für spätere genetische Untersuchungen in der Familie ist es wichtig, Vergleichsmaterial zur Verfügung zu haben.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials bzw. des Untersuchungsmaterials meines Kindes über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und späterer Untersuchungen in meiner Familie.

ja
 nein

Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial ist auch wichtiges Vergleichsmaterial für die Qualitätssicherung der genetischen Untersuchungen im Labor.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials bzw. des Untersuchungsmaterials meines Kindes zum Zwecke der Qualitätssicherung. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung).

ja
 nein

Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial ist auch wichtig für die Erforschung von biologischen Mechanismen, die zur Entstehung von Krankheiten führen.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung meines Untersuchungsmaterials bzw. des Untersuchungsmaterials meines Kindes zur möglichen Verwendung für Forschungszwecke. Ich bin mit einer Kontaktaufnahme vor einer solchen Verwendung des Untersuchungsmaterials einverstanden.

ja
 nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass die Ergebnisse der Untersuchung nach 10 Jahren vernichtet werden. Häufig sind diese Daten aber auch später noch wichtig für Ihre Kinder und Enkelkinder.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse bzw. der Untersuchungsergebnisse meines Kindes über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke nachfolgender Untersuchungen in meiner Familie.

ja
 nein

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden.

ja
 nein

Die Daten der genetischen Analysen werden am Institut für Humangenetik der Universität Würzburg gespeichert. Ausgewählte Daten werden in anonymisierter Form zu Vergleichszwecken und zur Qualitätssicherung in Datenbanken hinterlegt.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich die eingeleitete Untersuchung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschl. aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde vor der Ergebnismitteilung verlangen kann.

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genetischen Analyse für die o.g. Fragestellung und zu der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters _____