Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten | geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Anforderungsschein Molekulargenetische Diagnostik

(Begleitformular)

MVZ Labor Leipzig
Dr. Reising-Ackermann und Kollegen

Q J J Quartal

W M Geschlecht

Gewicht kg | SSW Tag

T T M M J J Abnahmedatum | h h m m Abnahmezeit | Sammelmenge ml | Größe cm | Zyklustag

Diagnose / Medikation: ☐ Diagnostisch ☐ Prädiktiv

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Praxisstempel

05_2026

MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen | Strümpellstr. 40 a | 04289 Leipzig | Telefon: 0341 6565 100 | Fax: 0341 6565 400 | www.labor-leipzig.de

Bei Probenentnahme auf Sterilität achten !

Material: EDTA-Vollblut 2,7 ml (originalverschlossen)

Hereditäre Gerinnungsstörungen

- ☐ Antithrombin-III-Defizienz *(SERPINC1)*
- ☐ Faktor II (Prothrombin-Variante)
- ☐ Faktor V (Leiden-Variante)
- ☐ Faktor V *(HR2, H1299R)*
- ☐ Faktor V (Cambridge-Variante)
- ☐ Integrin-Hotspot *(ITGA2:c.759>T)*
- ☐ Faktor VII-Defizienz *(F7)*
- ☐ Fibrinogen-Defizienz *(FGA, FGB, FGG)*
- ☐ MTHFR-Hotspots *(A222V, E429A)*
- ☐ MTHFR-Komplettsequenzierung
- ☐ Protein C-Defizienz *(PROC)*
- ☐ Protein S-Defizienz *(PROS1)*
- ☐ von-Willebrand-Syndrom *(VWF)*

Für weiterführende Analytik nutzen Sie bitte den Anforderungsschein: ***Molekulare Hämostaseologie***

Fam. Tumorerkrankungen

- ☐ BRCA1/BRCA2-Analyse (z.B. bei geplanter PARP-Inhib.-Therapie)
- ☐ fam. Brust- u. Ovarialkarzinom *(BRCA1, BRCA 2, CHK2, PALB2, RAD51C, ATM,CDH1,NBN,RAD51D,TP53)*
- ☐ hereditäre Tumorprädisposition / Li-Fraumeni-Syndrom *(TP53)*
- ☐ hereditäres Kolonkarzinom *(MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM)*
- ☐ hereditäres diffuses Magenkarzinom *(CDH1)*
- ☐ PTEN-Hamartom-Tumor-Syndrom/ Cowden-Syndrom *(PTEN)*
- ☐ Peutz-Jeghers-Syndrom *(STK11)*
- ☐ MEN Typ 1 *(MEN1)*
- ☐ MEN Typ 2 A/B *(RET)*

Stoffwechselerkrankungen und Endokrinologie

- ☐ Adrenogenitales Syndrom *(CYP21A2)*
- ☐ Adrenogenitales Syndrom *(CYP11B1)*
- ☐ Adrenogenitales Syndrom *(HSD3B2)*
- ☐ alpha-1-Antitrypsin (AAT)-Mangel *(SERPINA1-Hotspots)*
- ☐ monogene Adipositas *(MC4R, POMC, LEP, LEPR)*
- ☐ Cystische Fibrose *(CFTR-Hotspots)*
- ☐ Cystische Fibrose *(CFTR-Komplettsequenzierung)*
- ☐ Fruktose-Intoleranz *(ALDOB)*
- ☐ Lactose-Intoleranz *(LCT-Hotspots)*
- ☐ Hämochromatose *(HFE-Hotspots)*
- ☐ Hämochromatose *(HFE-Komplettseq.)*
- ☐ Hämochromatose *(HFE, HJV, HAMP, TFR2, SLC40A1, BMP6)*
- ☐ Hereditäre Pankreatitis *(CFTR, PRSS1, SPINK1)*
- ☐ MODY Stufe 1 *(Typen 1-7, 10, 12,13) (HNF4A, GCK, HNF1A, INS, ABCC8, KCNJ11)*
- ☐ MODY Stufe 2 *(Typen 8,9,11,14) (CEL, PAX4, BLK, APPL1)*
- ☐ Morbus Meulengracht *(UGT1A1-Hotspot)*
- ☐ Morbus Wilson *(ATP7B)*
- ☐ Zöliakie *(HLA-DQ2/-DQ8)*
- ☐ Homozysteinurie Typ II *(MTHFR)*

Reproduktionsmedizin

- ☐ Azoospermie *(AZFa-c, ggf. weitere Eingrenzung)*
- ☐ CBAVD *(CFTR)*
- ☐ CBAVDX *(ADGRG2)*
- ☐ Gonadendysgenesie *(SRY)*
- ☐ Androgen-Insensitivität *(AR)*
- ☐ Prämature Ovarialinsuffizienz *(FMR1)*

Bindegewebs- / Aorten-Erkrankungen

- ☐ Thorakale Aortenerweiterung, TAAD *(ACTA2, COL3A1, FBN1, MYH11, MYLK, SMAD3, TGFB2, TGFBR1, TGFBR2)*
- ☐ Loeys-Dietz-Syndrom Typ1-4 *(TGFBR1, TGFBR2, SMAD3, TGFB2, TGFB3)*
- ☐ Marfan-Syndrom *(FBN1)*
- ☐ Ehlers-Danlos-Syndrom *(COL3A1, COL5A1, COL5A2, COL1A1, COL1A2)*
- ☐ Osteogenesis imperfecta *(COL1A1, COL1A2)*

Entwicklungs- / Wachstumsstörungen

- ☐ Angelman-Syndrom *(15q11q13, ggf. UBE3A)*
- ☐ Prader-Willi-Syndrom (15q11q13)
- ☐ Rett-Syndrom *(MECP2)*
- ☐ Kleinwuchs, Hypochondroplasie *(FGFR3)*
- ☐ Kleinwuchs, Leri-Weill-Syndrom *(SHOX)*
- ☐ Kleinwuchs *(SHOX, FGFR3, ANKRD11, BLM, CUL7, IGF1R, PIK3R1, SCRAP, TRIM37, NBN, GRB10)*
- ☐ Großwuchs *(NFIX, DIS3L2, GPC3, NSD1, DNMT3A, EZH2, EED, CDKN1C)*
- ☐ CHARGE-Syndrom *(CHD7)*
- ☐ Fragiles-X-Syndrom *(FMR1)*
- ☐ Hydrocephalus, L1-Syndrom *(L1CAM)*

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

- ☐ ApoE-Polymorphismen
- ☐ ApoB100-Polymorphismen
- ☐ CETP-Polymorphismen
- ☐ PAI-1-(4G/5G)-Polymorphismus
- ☐ ACE-Polymorphismus

Rasopathien / Neurofibromatose

- ☐ Noonan-Syndrom *(PTPN11, BRAF, KRAS, MAP2K1, MAP2K2, NRAS, RAF1, RIT1, SOS1, CBL, RASA2, RRAS, SHOC2, SOS2)*
- ☐ Rasopathie *(Noonan-Syndrom-Gene plus HRAS)*
- ☐ Cardio-Facio-Cutanes-Syndrom *(BRAF, KRAS, MAP2K1, MAP2K2)*
- ☐ Costello-Syndrom *(HRAS)*
- ☐ Neurofibromatose *(NF1)*
- ☐ Legius-Syndrom *(SPRED1)*

Pharmakogenetik

- ☐ 5-Fluorouracil-Toxizität *(DPYD-Hotspots)*
- ☐ Abacavir-Unverträglichkeit *(HLA-B*57:01)*

Weitere Diagnostik

- ☐ Herzmyxome / Carney-Komplex Typ 1 *(PRKAR1A)*
- ☐ HLA-B27
- ☐ Holt-Oram-Syndrom *(TBX5)*
- ☐ ß-Thalassämie /Sichelzellenanämie *(HBB)*
- ☐ Myoadenylat-Desaminase-Defizienz *(AMPD1)*
- ☐ Chorea Huntington *(HTT)*
- ☐ Bestimmung fetaler Rhesusfaktor D *(RHD-NIPT)*

Für weitere Untersuchungen kontaktieren Sie uns bitte unter ***Telefon 0341 6565 795,*** *für Vaterschaftstest unter* ***Telefon 0341 6565 793***

0059 0213 10

Materialien: A = Abstrich, Asp = Aspirat, BAL = Bronch.-alv. Lavage, B = Biopsie, C = Citrat, CH = Chorionzotten, DNA = DNA, E = EDTA, Epl = EDTA-Plasma, Epl* = EDTA-Plasma tiefgefroren, FW = Fruchtwasser, GEx = GlucoExact, H = Hämolysat, Hep = Li-Heparinblut, K = Kapillär, KM = Knochenmark, L = Liquor, Msha = Mundschleimhautabstrich, 1. MU = Morgenurin, NaF = Natrium-Fluorid, P = Punktat, S = Serum, S* = Serum tiefgefroren, Sp = Sputum, SR = Spezialröhrchen, St = Stuhl, SU = Sammelurin, SU* = Sammelurin angesäuert, U = Urin, VB = Vollblut ohne Trenngel

Krankenkassen bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Biologisches Geschlecht:
☐ männlich ☐ weiblich ☐ unbestimmt

Ethnische Herkunft:.....

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Einsender/Adresse/Stempel

Bitte das Formular vollständig ausfüllen!

Indikation / Angeforderte Analysen

.....
.....

☐ diagnostisch
☐ prädiktiv / keine Symptome
☐ pränatal

Ich wurde über Zweck, Umfang und Tragweite der genetischen Untersuchung aufgeklärt. Ich wurde darüber informiert, dass sich die Auswertung und Befundung auf genetische Veränderungen konzentriert, die in einem direkten Zusammenhang mit der klinischen Symptomatik stehen.
Ich hatte genügend Bedenkzeit und erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis zur Blut-/Gewebeentnahme und für die Durchführung der genetischen Untersuchungen zur Klärung der o.g. klinischen Fragestellung bzw. entsprechend der o.g. Anforderung. Der Untersuchungsauftrag darf bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden. Über mein Recht auf Nichtwissen und die Möglichkeit, meine Einwilligung vollständig oder in Teilen zu widerrufen, wurde ich informiert.

Ich bin zudem einverstanden mit:		
der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse der genetischen Analysen.	☐ Ja	☐ Nein
der Aufbewahrung von Probenmaterial z. B. für ergänzende Untersuchungen.	☐ Ja	☐ Nein
der Verwendung meiner Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienangehörigen auf deren Wunsch, auch über meinen Tod hinaus.	☐ Ja	☐ Nein
der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist von zehn Jahren hinaus.	☐ Ja	☐ Nein
der Aufbewahrung und vollständigen Verwendung von pseudonymisiertem Untersuchungsmaterial und/oder Befunden für wissenschaftliche Zwecke sowie zur Qualitätssicherung.	☐ Ja	☐ Nein
der Mitteilung sogenannter Zusatzbefunde, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, wenn sie hinsichtlich meiner persönlichen Gesundheit bzw. für Familienmitglieder oder Nachkommen relevant sind. Ggf. können auch Informationen über Verwandtschaftsverhältnisse erkennbar werden, die nicht routinemäßig mitgeteilt werden.	☐ Ja	☐ Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an folgende Personen geschickt werden:

.....
.....

Im Falle prädiktiver genetischer Diagnostik bestätige ich als der/die behandelnde Arzt/Ärztin, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.

Bei weiterführenden Fragen wenden Sie sich bitte an:
MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen
Humangenetische Praxis, Tel. +49 341 99398491
Zytogenetisches Labor, Tel. +49 375 281126
Molekulargenetisches Labor, Tel. +49 341 6565795

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in
bzw. aller gesetzlicher Vertreter

Unterschrift des/der gemäß GenDG
verantwortlichen Arztes/Ärztin

Name des/der Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben

MVZ Labor Leipzig
Dr. Reising-Ackermann und Kollegen

LIMBACH GRUPPE

Herausgeber: Limbach Gruppe - 05/2026_V1