



Krankenkasse bzw. Kostenträger		Rechnung an (bitte immer angeben) <input type="checkbox"/> Muster 10 <input type="checkbox"/> Selbstzahler (IGeL) <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender/Klinik		 MVZ Labor Dr. Limbach und Kollegen GbR Labor für Molekulare Endokrinologie Laborleiter: Dr. med. habil Egbert Schulze Im Weiher 12 69121 Heidelberg Tel.: +49 6221 6588-83 egbert.schulze@labor-limbach.de Fax: +49 6221 6588-84 www.labor-limbach.de
Name, Vorname und Adresse des Versicherten <i>Adressen-Aufkleber oder Eindruck mit Patienten-Chipkarte</i>		Patienten-Daten <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Einsender	Einsendernummer	Proben-Daten EDTA-Blut (mind. 2.5 ml) Material Entnahmedatum		Auftrags-Nr.
	Station	Schein-Bestell-Nr. (bitte bei Bestellung angeben) 0036 0303 00  Stand: 14.03.2023		Arzt-Unterschrift
Klinische Angaben / ICD 10 Code				

Anforderungsschein Pharmakogenetik (PGx)

Genpanel

- Pharmakogenetik (PGx)
 (ABCB1, APOE, COMT, CYP1A2, CYP2B6, CYP2C9, CYP2D6, CYP3A4, CYP3A5, DRD1, GLP1R, OPRM1, SLC01B1, SULT4A1, VKORC1)

Einzelgene

- CYP2D6 - Genotypisierung (608902)
 CYP2C9 - Genotypisierung (601130)
 DPYD - Genotypisierung (612779)
 Meulengracht-Syndrom (UGT1A1-Gen) (191740)

Abrechnungshinweis: siehe Rückseite

Anamnese / Medikamente / Dosierung:

Einwilligung zur Humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die durchzuführende genetische Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der Untersuchung einverstanden. ja nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich od. mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann; dieser wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich dokumentieren. Er wird auch dem genetischen Labor unverzüglich einen Nachweis des Widerrufs übermitteln. ja nein

Der Untersuchungsauftrag kann vollständig oder teilweise an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden. ja nein

Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analyse informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden. ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DNA) nicht nach gesetzlicher Vorgabe unverzüglich vernichtet, sondern für spätere genetische Untersuchungen archiviert wird. Sind diese Untersuchungen vollständig abgeschlossen, übereigne ich das genetische Material in anonymisierter Form dem untersuchenden Labor zur Qualitätssicherung sowie zu Forschungszwecken. ja nein

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter _____ Unterschrift verantwortliche ärztliche Person nach GenDG _____

Biopsie

EDTA

EDTA

DNA

Abrechnung:

Die pharmakogenetische Diagnostik wird bis auf wenige Ausnahmen bisher nicht im EBM abgebildet. Deshalb erfolgt die Abrechnung direkt mit dem Einsender oder mit den Patienten als Selbstzahlerleistung (IGeL).

Ausnahmen mit Abrechnungsmöglichkeit nach EBM:

- 32865 – CYP2D6-Metabolisierungsstatus vor Gabe von Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase bei Morbus Gaucher
- 32866 – CYP2C9-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Siponimod bei sekundär progredienter Multipler Sklerose
- 32867 – DPYD-Metabolisierungsstatus vor systemischer Therapie mit 5-Fluorouracil
- 32868 – UDP-Glucosyltransferase 1A1 (UGT1A1)-Metabolisierungsstatus vor Therapie mit einem irinotecanhaltigen Arzneimittel

