Krankenkasse bzw. Kostenträger

Personenidentifikation

geb. am

Rechnung an (bitte immer angeben)

- ☐ Muster 10
- ☐ Selbstzahler (IGeL)
- ☐ Privat
- ☐ Rechnung an Einsender/Klinik

MVZ Labor Dr. Limbach
HEIDELBERG

MVZ Labor Dr. Limbach und Kollegen eGbR
Im Breitspiel 16 | 69126 Heidelberg
Tel.: +49 6221 3432-300 | info@labor-limbach.de
Fax: +49 6221 3432-110 | www.labor-limbach.de

Patienten-Daten

- ☐ männlich
- ☐ weiblich
- ☐ divers

Auftrags-Nr.

Einsender

Einsendernummer

Station

Proben-Daten

EDTA-Blut (mind. 2.5 ml)

Material

t t m m j j Entnahmedatum

h h m m Entnahmezeit

24h-Sammelurin

Sammelmenge (ml) h h Sammelzeit

Schein-Bestell-Nr. (bitte bei Bestellung angeben)

0036 0303 02

Stand: 17.01.2025

Klinische Angaben / ICD 10 Code

Arzt-Unterschrift

Anforderungsschein Pharmakogenetik (PGx)

Genpanel

☐ Pharmakogenetik (PGx)
(ABCB1, APOE, COMT, CYP1A2, CYP2B6, CYP2C19, CYP2C9, CYP2D6, CYP3A4, CYP3A5, DRD1, GLP1R, OPRM1, SLCO1B1, 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**

Dieser Beleg wird maschinell gelesen! Bitte mit schwarzem Stift so markieren:

Serum | EDTA | Citrat | Heparin | Urin | EILT | EILT | EILT

Name: | Name: | Name: | Name: | Name:

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-Glucoronyltransferase 1A1 (UGT1A1)-Metabolisierungsstatus vor Therapie mit einem irinotecanhaltigen Arzneimittel

0036 0311 00