

VORABANFRAGE

Sachverständigengutachten | Humangenetik

* = Pflichtfeld

Hinweis zur Bearbeitung

Seite 1–2: Allgemeine Angaben – bitte immer vollständig ausfüllen.

Seite 3–4: Typspezifische Ergänzungen – nur den Abschnitt ausfüllen, der Ihrem Gutachtentyp entspricht.

Durch die Übersendung entsteht kein Mandatsverhältnis.

Ihre Daten werden vertraulich behandelt (DSGVO / GenDG).

1 Angaben zum Auftraggeber — immer ausfüllen

Funktion / Rolle *

 Gericht Rechtsanwalt / Kanzlei Krankenversicherung Rentenversicherung Arbeitgeber Jugendamt Sonstiges

Titel / Name *

Vorname *

Institution / Kanzlei / Gericht

z.B. Landgericht München I, Kanzlei Mayer & Partner, DAK Gesundheit

Straße und Hausnummer *

PLZ / Ort *

E-Mail *

Telefon *

Aktenzeichen (falls vorhanden)

Bevorzugte Kontaktzeit

z.B. Mo–Fr 9–12 Uhr

2 Angaben zur Person — immer ausfüllen

Name (oder anonymisiert / pseudonymisiert) *

Geburtsdatum *

Vor- und Zuname oder z.B. „Patient A“

TT.MM.JJJJ

Geschlecht

 männlich weiblich divers keine Angabe

Aktuelle Diagnose(n) (soweit bekannt) *

z.B. Cystische Fibrose, Fragiles-X-Syndrom, Marfan-Syndrom, unkläres Syndrom

Betroffenes Gen / Variante (soweit bekannt)

ICD-10 / ICD-11 (soweit bekannt)

z.B. CFTR c.1521_1523delCTT; FBN1 c.5788G>T; BRCA1 c.5266dupC z.B. Q89.7, LD90.0

Liegt ein molekulargenetischer Befundbericht vor? *

 Ja, liegt bei Ja, folgt nach Nein, noch nicht erfolgt Nicht erwartet

Zustimmung zur persönlichen Untersuchung?

Sprachkenntnisse der betroffenen Person

 Ja Nein Noch offen

z.B. Deutsch, Türkisch, Arabisch

3 Art des Gutachtens — immer ausfüllen

Mehrfachauswahl möglich. Bitte den/die passenden Abschnitt(e) auf Seite 3–4 ausfüllen.

- A** **Diagnosegutachten** – Ist die genetische Diagnose korrekt und gesichert?
- B** **Kausalitätsgutachten** – Kausaler Zusammenhang Genbefund – klinische Beeinträchtigung
- C** **Sozialrecht (GdB / EU-Rente)** – Grad der Behinderung, Erwerbsminderung, Pflegegrad
- D** **Pränatalgutachten** – NIPT, Amniozentese, De-novo-Mutation, Mosaikdiagnostik
- E** **Haftung / Behandlungsfehler** – Laborhaftung, Fehldiagnose, unterlassene Diagnostik
- F** **Variantenbewertung (ACMG)** – War die Klassifikation einer Variante korrekt?
- G** **Sonstiges:**

Verfahrensrolle des Auftraggebers *

- Gericht (neutral) Kläger / Antragsteller Beklagter Versicherung Privatauftrag

Prozessstand	Gegengutachter benannt?	Vorgutachten vorhanden?
z.B. Beweisbeschluss, Berufung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Ja, liegt bei <input type="checkbox"/> Ja, folgt <input type="checkbox"/> Nein

Kernfragen an den Gutachter * (oder Beweisbeschluss beifügen)

Bitte formulieren Sie Ihre Hauptfragen. Orientieren Sie sich ggf. am gerichtlichen Beweisbeschluss...

4 Fristen und Abrechnung — immer ausfüllen

Fertigstellung gewünscht	Gerichtstermin (falls fix)	Abrechnung *
TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/> JVEG <input type="checkbox"/> GOÄ <input type="checkbox"/> Pauschale <input type="checkbox"/> Offen

Dringlichkeit *

- Normal (4–8 Wochen) Erhöhte Dringlichkeit (2–4 Wochen) Sehr dringend (<2 Wochen)
 Kein Zeitdruck

Gewünschte Sprache des Gutachtens

- Deutsch Englisch Zweisprachig DE/EN

5 Vorzulegende Unterlagen — immer ausfüllen

Bitte ankreuzen, was vorliegt. Fehlende Pflicht-Unterlagen verzögern die Bearbeitung.

- PFLICHT** Molekulargenetischer Befundbericht(e) des Labors
- PFLICHT** Krankenakten / Arztbriefe (vollständig oder auszugsweise)
- EMPFOHLEN** Gerichtlicher Beweisbeschluss / Auftragsschreiben
- EMPFOHLEN** Vorgutachten (soweit vorhanden)
- OPTIONAL** Bildgebung (MRT, CT, Röntgen) mit Befundbericht
- OPTIONAL** Entwicklungsdiagnostik / neuropsychologische Berichte
- OPTIONAL** Klageschrift / Klageerwiderung (Haftungsfälle)
- OPTIONAL** Mutterpass / Schwangerschaftsdokumentation (pränatal)
- OPTIONAL** Sonstige Unterlagen:

Typspezifische Ergänzungen

Bitte NUR den Abschnitt ausfüllen, der Ihrem Gutachtentyp (A–H) entspricht.

A+B Diagnose- und Kausalitätsgutachten

Welche Diagnose soll bewertet / bestätigt / widerlegt werden? *

Bitte die konkrete diagnostische Frage formulieren...

Konkurrierende Diagnosen oder alternative Erklärungen?

z.B. „Labor X: pathogen — Labor Y: VUS — Streitgegenstand ist die korrekte Einordnung“

Welcher klinische Schaden soll kausal beurteilt werden? (nur Typ B)

z.B. Psychomotorische Entwicklungsverzögerung, Sehbehinderung, Erwerbsunfähigkeit

Analysemethode(n) im Labor

z.B. NGS-Panel, Exomsequenzierung, Southern Blot

ACMG-Klassifikation laut Laborbefund

z.B. Klasse 5 pathogen, Klasse 3 VUS

C Sozialrechtsgutachten (GdB / Erwerbsminderung)

Was soll beurteilt werden? *

- Grad der Behinderung (GdB) Erwerbsminderung (SGB VI) Pflegegrad (SGB XI)
 Merkzeichen Schwerbehindertenausweis

Zuletzt ausgeübter Beruf

z.B. Zimmermann, Krankenpfleger, Buchhalter

Berufstätigkeit aktuell

- Vollzeit Teilzeit
 Aufgegeben Nie

Konkrete Einschränkungen (die beurteilt werden sollen)

z.B. Heben >5 kg nicht möglich, Sehbehinderung, intellektuelle Beeinträchtigung...

Liegt bereits ein GdB-Bescheid vor?

- Nein Ja, GdB:

Bitte Bescheid beifügen

D Pränatalgutachten

Gestationsalter bei Befund

z.B. 13+2 SSW

NIPT-Ergebnis

z.B. Positiv Trisomie 21

Amniozentese durchgeführt?

- Ja Nein Geplant

Pränatal aufgefallene sonographische Befunde

z.B. Mikrozephalie KU <3. Pz., Nackentransparenz 3,2 mm, AVSD, Hydrops...

Eltern betroffen? (relevant bei Verdacht auf De-novo-Mutation)

- Beide unauffällig Mutter betroffen Vater betroffen Unbekannt

Typspezifische Ergänzungen (Forts.)

Bitte NUR den Abschnitt ausfüllen, der Ihrem Gutachtentyp entspricht.

E+F Haftungsgutachten / Variantenbewertung (ACMG)

Welcher Fehler / welche Pflichtverletzung wird geltend gemacht? *

z.B. „Labor klassifizierte Variante als VUS obwohl ClinVar-Eintrag pathogen vorlag“

Zeitpunkt des behaupteten Fehlers

Schadensereignis (Art / Datum)

TT.MM.JJJJ oder Zeitraum

z.B. Spätdiagnose, Krebserkrankung, Fehlgeburt

Datenschutz (DSGVO / GenDG) Ihre personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Bearbeitung dieser Anfrage und eines etwaigen Gutachtenauftrags verarbeitet, nicht an Dritte weitergegeben.

Widerruf jederzeit möglich.

Ich habe die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen und stimme der Verarbeitung zu. *

Mit der Übersendung erkläre ich, zur Erteilung des Auftrags berechtigt zu sein und die Angaben nach bestem Wissen korrekt gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Auftraggebers

Name in Druckbuchstaben