

Patient / Ratsuchender (ggf. Aufkleber)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Telefonnummer: _____

Krankenkasse (GKV/PKV): _____

E-Mail-Adresse: _____

Einsender (ggf. Stempel)

Name / Adresse / Telefon / Fax / Unterschrift

POSTNATAL

Untersuchungsmaterial (beschriftet mit Name, Vorname, Geburtsdatum)

NH₄ Li Heparin-Blut → Zytogenetik (mind. 5 ml; bei Neugeborenen 1 ml)

Sonstiges: _____

Kostenträger

GKV-Patient, ambulant

Bitte einen Überweisungsschein
10 (Laboruntersuchungen) beilegen.

Probenentnahme (Datum, Arzt/MFA): X _____ Probeneingang (Datum, Uhrzeit): X _____

Eine Genetische Beratung erfolgte am: _____ Arzt: _____

Eine Genetische Beratung ist vorgesehen für: _____ Arzt: _____

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Mit dieser Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung gemäß GenDG und unter Kenntnis meines Widerrufsrechts meine Einwilligung mit der/den genetischen Analyse(n) und der dafür erforderlichen Probenentnahme.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten und die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, ausgewertet und ggf. in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert und der Untersuchungsauftrag oder Teile davon, falls erforderlich, an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Ich willige hiermit ein, dass alle erhobenen Daten vom Institut für Humangenetik elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Sofern der Patient das Einsendeformular nicht unterschrieben hat: Als behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin bestätige ich, den Patienten gem. GenDG über die genetische Untersuchung aufgeklärt zu haben und dass mir das Einverständnis des Patienten schriftlich vorliegt.

Prädiktive Diagnostik darf gemäß GenDG nur durch Fachärzte/-innen für Humangenetik oder andere Ärzte/-innen, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben, beauftragt werden (GenDG, §7,1). **Im Falle prädiktiver genetischer Diagnostik bestätige ich hiermit, als behandelnde(r) Arzt/ Ärztin, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.**

Minderjährige: Zur genetischen Untersuchung Minderjähriger ist die Einwilligung beider Sorgeberechtigter erforderlich. Mit Ihrer Unterschrift als nach GenDG verantwortliche ärztliche Person erklären Sie, dass Ihnen die Einwilligung aller Sorgeberechtigten vorliegt.

Im Folgenden wird ein Nichtankreuzen wie „Nein“ gewertet.

- Ich bin damit einverstanden, dass
- die erhobenen Daten nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. ja nein
 - die erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke aufbewahrt und genutzt werden. ja nein
 - nach Abschluss der Analyse verbleibendes Probenmaterial und daraus gewonnene Extrakte dem ausführenden Labor übereignet werden und gestatte deren Verwendung für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke in pseudonymisierter Form. ja nein
 - Über **Zusatzbefunde** möchte ich informiert werden. ja nein
- In seltenen Fällen können genetische Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sog. Zusatzbefunde). Das Berichten solcher Zusatzbefunde beschränkt sich auf pathogene Veränderungen (ACMG Klassen 4 und 5) in ausgewählten Genen, für die eine Behandlungssequenz für den Patienten/ die Patientin oder die Familie besteht (orientiert an den aktuell gültigen Richtlinien des American College of Medical Genetics and Genomics). Ein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Gene besteht nicht. Sollten keine Zusatzbefunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken.

Gemäß deutschem GenDG wird der Befund der genetischen Untersuchung dem aufklärenden bzw. anfordernden Arzt übermittelt.

Genetische Analyse Pflichtfeld!

Arzt (Druckbuchstaben)

X _____
Arzt (Datum, Unterschrift)

Patient / Vertreter (Druckbuchstaben)

X _____
Patient / Vertreter (Datum, Unterschrift)



Indikation / Verdachtsdiagnose: **Pflichtfeld!** Angaben für die Interpretation der Analysen mit Genauwahl unbedingt erforderlich

Klinische Leitsymptome:

Vorausgegangene Diagnostik: (bitte Befunde beifügen)

Vermuteter Erbgang

autosomal dominant sporadisch mitochondrial Segregation zu: _____

autosomal rezessiv X-chromosomal unklar

Stammbaum / Familienanamnese Konsanguinität

↗ Indexpatient

nicht betroffen betroffen

Überträger Überträger

verstorben verstorben

Elternpaar

Verwandtenehe

Schwangerschaft

Abort, Totgeburt

Geschlecht unbekannt

Eineiige Zwillinge

Zweieiige Zwillinge

Kostenvoranschlag für Privatpatienten / Privatleistungen

bitte um Zusendung eines Kostenvoranschlags für folgende Untersuchung / Untersuchungen:

Rechnungsadresse

Vorname, Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Stadt: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

::: Zytogenetik :::

Chromosomenanalyse / Karyotypisierung

FISH (Fluoreszenz in situ Hybridisierung):

DiGeorge-Syndrom (22q11.2 und 10p14)

Sonstiges: _____