



MVZ für Humangenetik und Molekularpathologie GmbH

Sitz

Robert-Koch-Straße 10
D-18059 Rostock
Telefon: +49 | 381 | 440 22 440
Telefax: +49 | 381 | 440 22 449



DAKKS
Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-ML-18902-01-00

Zweigstelle

Wiesenstraße 13
D-17489 Greifswald
Telefon: +49 | 3834 | 776 50 97
Telefax: +49 | 3834 | 776 50 99

Geschlecht weiblich männlich

Patientendaten
(drucken mit Formular, Überweisung blanko)

mail@humangenetik-rostock.de
www.humangenetik-rostock.de

Anforderung einer Untersuchung: Klinische Genetik

Materialentnahme für Zytogenetik: Mo bis Do (Fr und Sa nur nach vorheriger Absprache).
Für Untersuchungen im Bereich der **Tumorgenetik** verwenden Sie bitte das separate Formular.
Genetische Untersuchungen belasten **nicht** das Laborbudget.

| Einsender (ggf. Stempel) | |
|---|--|
| Name Praxis/ Klinik/ Institut Adresse Tel./Fax | Kostenträger <input type="radio"/> GKV [Laborüberweisung Muster 10 bitte beifügen] <input type="radio"/> Patient/in (privat) [Adresse bitte oben eintragen und Kostenübernahme beifügen] <input type="radio"/> Klinik Befund per Fax? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

| Untersuchungsmaterial (Transport bei Raumtemperatur) | |
|---|--|
| Zytogenetische Diagnostik und FISH: <input type="radio"/> Heparin-Blut (3 – 5 ml) <input type="radio"/> Fruchtwasser (15 – 50 ml) <input type="radio"/> Chorionzotten (~ 50 mg in sterilem Medium) <input type="radio"/> Abortmaterial <input type="radio"/> Anderes (bitte anfragen) SSW (rechn.): SSW (US): | Molekulargenetische Diagnostik: <input type="radio"/> EDTA-Blut (1 – 3 ml) <input type="radio"/> DNA (1 – 5 µg) <input type="radio"/> Fruchtwasser (~ 15 ml) bzw. kultivierte Fruchtwasserzellen <input type="radio"/> Wangenschleimhautabstrich <input type="radio"/> Chorionzotten (~ 20 mg in sterilem Medium) <input type="radio"/> Anderes (bitte anfragen) Probenentnahme am: |

| Diagnose/Anamnese | |
|--|---|
| (Verdachts-) Diagnose/klinische Fragestellung: <input type="radio"/> Anlageträger? <input type="radio"/> Patient selbst erkrankt? <input type="radio"/> Angehöriger / Partner Klinische Symptomatik/Auffälligkeiten: <input type="radio"/> Dysmorphien <input type="radio"/> Mentale Retardierung <input type="radio"/> Mikrozephalie <input type="radio"/> Kleinwuchs <input type="radio"/> Herzfehler <input type="radio"/> andere Fehlbildungen <input type="radio"/> Postnatale Hypotonie <input type="radio"/> Verhaltensauffälligkeiten <input type="radio"/> Blutsverwandtschaft der Eltern <input type="radio"/> Anderes | Indikation für Pränataldiagnostik: <input type="radio"/> Alter <input type="radio"/> auffälliges Erst-Trimester-Screening <input type="radio"/> auffälliger US-Befund (beigefügt) <input type="radio"/> Andere Anamnese (ggf. auf der Rückseite): <input type="radio"/> auffällige Familienanamnese <input type="radio"/> unerfüllter Kinderwunsch <input type="radio"/> Fehlgeburten <input type="radio"/> Anderes Ergebnisse/Befunde von Voruntersuchungen (ggf. bitte in Kopie beilegen): |

Die indikationsbezogenen Kriterien für die nachfolgend aufgeführten molekulargenetischen Untersuchungen gemäß § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik vom 01. Juli 2015 wurden erfüllt:

Die indikationsbezogenen Kriterien finden sie als Download auf unserer Homepage (www.humangenetik-rostock.de).

| Angeforderte Untersuchung(en) (siehe Leistungsverzeichnis): | |
|---|-------------------------|
| Analyse/Erkrankung: <input type="radio"/> Zytogenetik <input type="radio"/> Molekulargenetik | FISH-Sonden/Gen: |

Einverständniserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG

| Patient(in) | | |
|---------------|--|--------------|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum |

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen darüber hinaus, die unten genannten Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären. Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:

- Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung (und ggf. zusätzlich spezielle schriftliche Aufklärungen) zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten, gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung/Diagnose:

.....
sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahmen notwendig sind.* Ich hatte Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

- Ich möchte über die Ergebnisse der genetischen Analyse insoweit informiert werden, wie es für mich und meine Familie für die o. g. Frage praktisch relevant ist.* ja nein
- Ich bitte um die Mitteilung aller Zufallsbefunde, aus denen sich praktische Konsequenzen ableiten lassen.* ja nein

Hinweis: Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden. Bitte entscheiden Sie, ob und wie nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial verwendet werden darf:

- Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung zum Zweck einer ggf. erforderlichen bzw. gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführenden genetischen Untersuchung; auch nach meinem Tod, damit sie ggf. meiner Familie zur Verfügung stehen. Für eine weiterführende Untersuchung ist eine neue Einverständniserklärung notwendig. ja nein

Und: Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung für Zwecke der Qualitätssicherung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form. ja nein

- Der Gesetzgeber schreibt vor, dass personenbezogene Daten und medizinische Ergebnisse/Befunde nach 10 Jahren vollständig vernichtet werden müssen. Diese Informationen können jedoch auch danach noch für Sie oder Ihre Angehörigen (z. B. für Ihre Kinder) von großer Bedeutung sein. Mit Ihrer Einwilligung dürfen wir diese Daten auch über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahren. Sind Sie damit einverstanden, dass für Sie oder Ihre Angehörigen relevante Daten/Unterlagen über 10 Jahre aufbewahrt werden? ja nein

- Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.*

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde ggf. für wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form gespeichert und verwendet werden. ja nein

Hinweis: Nur mit einer vom Patienten und verantwortlichen Arzt unterschriebenen Einwilligungserklärung kann mit der Analyse begonnen werden!

| | | |
|-------------|--|---|
| Ort, Datum* | Unterschrift Ratsuchende(r)/Patient(in) bzw. gesetzlicher Vertreter* | Stempel, Unterschrift verantwortliche(r) Arzt/Ärztin |
|-------------|--|---|

*Angaben werden vom GenDG ausdrücklich angefordert.

Bitte **Einwilligungserklärung** des Patienten gemäß GenDG und **Laborüberweisung Muster 10** (bei GKV als Kostenträger) bzw. **Kostenübernahmeerklärung** (Privatpatienten) **beifügen**.