



**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



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

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

genetisches Geschlecht     weiblich     männlich

**Anforderung einer Untersuchung: KLINISCHE GENETIK**

Materialannahme: Mo bis Fr (Sa für Zytogenetik 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 bitte beifügen) <input type="radio"/> Patient/in (Privat) (Adresse bitte oben eintragen) <input type="radio"/> Klinik <input type="radio"/> § 116b <input type="radio"/> BG  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 (15-30 ml) <input type="radio"/> Chorionzotten (~0,5 cm <sup>3</sup> Material in sterilem Medium od. steriler NaCl-Lsg.) .....  SSW (rechn.): ..... SSW (US): .....  <b>Hinweis:</b> Unbeschriftetes Material muss verworfen werden!	Molekulargenetische Diagnostik: <input type="radio"/> EDTA-Blut (1-3 ml) (für PROMM-Analyse 5-10 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 (siehe zytogenetische Diagnostik) <input type="radio"/> Anderes (bitte anfragen)  ..... <b>Probenentnahme am:</b> .....
---	---

**Diagnose/Anamnese**

<b>(Verdachts-) Diagnose / klinische Fragestellung:</b> .....  <b>Klinische Symptomatik / Auffälligkeiten:</b> <input type="radio"/> gesund <input type="radio"/> erkrankt	<b>Familienanamnese:</b>      <b>Indikation für Pränataldiagnostik:</b> <input type="radio"/> Alter <input type="radio"/> auffälliges Erst-Trimester-Screening <input type="radio"/> auffälliger US-Befund (beigefügt) <input type="radio"/> Andere  .....
--	--

Zur bioinformatischen Filterung und Interpretation genetischer Varianten aus **NGS-Analysen benötigen wir mögl. vollständige Angaben. Klinische Symptome können direkt durch die Auswahl von HPO-Terms unter <https://hpo.jax.org/app/tools/phenomizer> als exportierte Liste dieser Anforderung beigefügt werden.**

**Angeforderte Untersuchung(en)\***

**molekulargenetisch<sup>1</sup>:**

**zytogenetisch:**     Chromosomenanalyse     Array<sup>2</sup>     Andere: .....

<sup>1</sup> bei HNPCC u. hereditärem Mamma- und Ovarialkarzinom ausschließlich, wenn indikationsbezogene Kriterien gemäß § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik vom 01. Juli 2015 erfüllt sind  
<sup>2</sup> ausgeführt durch ein Auftragslabor; \* tagesaktuelle Nennung akkreditierter Analysen ist unter [www.humangenetik-rostock.de](http://www.humangenetik-rostock.de) einsehbar

**Sitz**

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

**Zweigstelle**

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

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

## Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG und DSGVO

**Ratsuchende(r) / 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.**

Ich habe die allgemeine Aufklärung zu genetischen Analysen gemäß GenDG verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu allen genetischen Analysen, die zur Klärung der folgenden in Frage stehenden Erkrankung/Verdachtsdiagnose bzw. klinischen Symptomatik/Indikation/Fragestellung notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahmen. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Verdachtsdiagnose / Fragestellung

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben 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 kann.

Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO). Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten zu o.g. Klärung an Auftragslaboratorien zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können, ggf. weitergeleitet werden.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

- der Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus\*  ja  nein
- der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für weiterführende bzw. zweckgebundene Untersuchungen\*  ja  nein
- mit der Aufbewahrung und Verwendung für Zwecke der Qualitätssicherung in pseudonymisierter Form\*  ja  nein
- der Eintragung von Untersuchungsergebnissen in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken  ja  nein
- der Verwendung asservierter DNA von mir / meinem Kind pseudonymisiert im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsprojekte  ja  nein

\*Ein Anspruch auf die Lagerung der Proben und die verlängerte Archivierung der Untersuchungsergebnisse besteht nicht.

In seltenen Fällen können Veränderungen festgestellt werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, aber dennoch von medizinischer Bedeutung für den Ratsuchenden/Patienten und die Angehörigen sein können (sog. Zusatzbefunde). Das Berichten solcher Zusatzbefunde beschränkt sich auf pathogene Veränderungen in ausgewählten Genen, für die zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Behandlungskonsequenz für Sie oder Ihre Familie besteht. Ein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Gene besteht nicht. Sollten keine Zusatzbefunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken.

Über derartige Zusatzbefunde möchte ich informiert werden.

 ja  nein

**Hinweis:** Nur mit einer vom Ratsuchenden/Patienten und verantwortlichem Arzt unterschriebenen Einwilligungserklärung und eingetragener Fragestellung kann mit der Analyse begonnen werden!

Ort, Datum	<b>Unterschrift Ratsuchende(r) / Patient(in) bzw. gesetzliche(r) Vertreter(in)</b>	<b>Stempel und Unterschrift verantwortliche(r) Arzt/Ärztin</b>
------------	--	--