

\*vollständige Personalien von Patient/in:  
(Name, Vorname, Anschrift, Geb.datum)

**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

**Zweigstelle Greifswald**  
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. (Samstag für Zytogenetik nach vorheriger Absprache)

Für Untersuchungen im Bereich der Tumorgenetik verwenden Sie bitte das separate Formular.

**Genetische Untersuchungen belasten nicht das Laborbudget des Einsenders.**

### Einsender (ggf. Stempel)

Name	Kostenträger
Praxis/ Klinik/ Institut	<input type="radio"/> GKV (Überweisungsschein für 'In-vitro-diagnostische Auftragsleistungen' - Muster 10 - bitte beifügen)
Adresse	<input type="radio"/> Patient/in privat (Personalien eintragen)*
Tel./Fax	<input type="radio"/> Klinik
	<input type="radio"/> § 116b
	<input type="radio"/> BG

### 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 o. steriler NaCl-Lsg.) ..... SSW (rechn.): ..... SSW (US) .....	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> .....
--	--

**Hinweis:** Unbeschriftetes Material muss verworfen werden!

### Diagnose/Anamnese

<b>(Verdachts-) Diagnose / klinische Fragestellung:</b> .....	<b>Familienanamnese:</b> .....
<b>Klinische Symptomatik / Auffälligkeiten:</b> <input type="radio"/> gesund <input type="radio"/> erkrankt	<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 werden mögl. vollständige Angaben benötigt**. 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 1.7.2015 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

## 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 das MVZ für Humangenetik und Molekularpathologie GmbH nicht durchführen kann, 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 eventuelle weitere diagnostische Untersuchungen (um diese nach entsprechender Aufklärung veranlassen zu können)\*  ja  nein
- der Aufbewahrung und der pseudonymisierten Verwendung von Untersuchungsmaterial für Zwecke der Qualitätssicherung\*  ja  nein
- der Eintragung von Untersuchungsergebnissen in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken  ja  nein
- der Verwendung von asservierter DNA und von Untersuchungsergebnissen in pseudonymisierter Form im Rahmen wissenschaftlicher Projekte  ja  nein

Sollten im Rahmen von Reanalysen nach Abschluss der aktuellen Diagnostik neue Untersuchungsergebnisse entstehen, möchte ich darüber informiert werden.\*  ja  nein

(\* Ein Anspruch auf die Lagerung der Proben, eine verlängerte Archivierung der Untersuchungsergebnisse oder eine Reanalyse der Daten 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. **Zufallsbefunde**). Ein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Gene besteht nicht. Sollten keine Zufallsbefunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken.

**Über derartige Zufallsbefunde 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

Unterschrift Ratsuchende(r) / Patient(in)  
bzw. gesetzliche(r) Vertreter(in)Stempel und Unterschrift  
verantwortliche(r) Arzt/Ärztin