

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 unbekannt

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) <input type="radio"/> privat (Rechnungsträger bitte angeben) <input type="radio"/> Klinik <input type="radio"/> § 116b <input type="radio"/> BG
Adresse Tel./Fax	

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 ³ 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)
--	--

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

Diagnose/Anamnese

(Verdachts-) Diagnose / klinische Fragestellung: <input type="radio"/> diagnostisch <input type="radio"/> prädiktiv <input type="radio"/> Anlageträgerschaft <input type="radio"/> pränatal	Familienanamnese: Indikation für Pränataldiagnostik: <input type="radio"/> Alter <input type="radio"/> auffälliger NIPT <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)*

molekulargenetisch¹:

zytogenetisch: Chromosomenanalyse Array² Andere:

¹ bei HNPCC u. hereditärem Mamma- und Ovarialkarzinom ausschließlich, wenn indikationsbezogene Kriterien gemäß § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik vom 1.7.2015 erfüllt sind
² bzw. molekulare Karyotypisierung mittels NGS; * tagesaktuelle Nennung akkreditierter Analysen ist unter 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
------------	--	--