



ANFORDERUNGSFORMULAR ZUR CHROMOSOMENANALYSE AUS BLUT/GEWEBE (POSTNATALE ZYTOGENETISCHE UND MOLEKULAR-ZYTOGENETISCHE ANALYSE)

Patientendaten (ggf. Aufkleber): Name: Vorname: geb.: Straße PLZ Ort	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w FB 023 Telefon..... Angaben zur Abrechnung: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Rechnung an Patient/in <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender <input type="checkbox"/> gesetzl. versichert Kasse: bitte Ü-Schein beilegen (Nr. 6, gelb)
---	--

Auf Wunsch und mit Einverständnis der Patientin /des Patienten / gesetzl. Vertreters bitte Bericht an folgende weitere Ärzte / Personen:

.....

.....

Untersuchungsmaterial: BITTE PROBEN MIT PATIENTENNAMEN VERSEHEN!
 Für die Chromosomenanalyse aus Blut bitte unbedingt mit **Natrium-Heparin (ca. 500 I.E. pro ml Blut)** versetzen und gut mischen (bitte **kein** EDTA-, Citrat- oder **Ammonium**-Heparin verwenden; bitte **keine** Monovetten mit **Granulat!**) Es werden ca. 5 ml Blut benötigt, bei Säuglingen reichen 2 ml. **Bitte beachten:** Für **Array-CGH** oder bei V. a. **fraX-Syndrom** ist eine molekulargenetische Untersuchung erforderlich, für die zusätzlich EDTA-Blut benötigt wird (bitte zusätzlich das Anforderungsformular zur molekulargenetischen Analyse ausfüllen).

Art: <input type="checkbox"/> Heparin-Blut Menge: <input type="checkbox"/> sonstiges	Datum der Entnahme:
--	-------------------------------------

Angeforderte Untersuchung:

<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse	<input type="checkbox"/> Miller-Dieker-Syndrom (17p13.3)
<input type="checkbox"/> Zusätzliche FISH-Diagnostik:	<input type="checkbox"/> Di-George-Syndrom / Velocardiofaciales Syndrom (22q11.2)
<input type="checkbox"/> 1p36 Mikrodeletionssyndrom (1p36)	<input type="checkbox"/> sonstige FISH-Diagnostik (nach Rücksprache)
<input type="checkbox"/> Williams-Beuren-Syndrom (7q11.2)	
<input type="checkbox"/> Smith-Magenis-Syndrom (17p11.2)	

(Verdachts-) Diagnose / Anamnese:
 Klinische Symptomatik / Familienanamnese/Ergebnisse / Befunde von Voruntersuchungen (ggf. bitte in Kopie beilegen)

(ggf. Rückseite verwenden)

<p>Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters: Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten Untersuchung und der dazu notwendigen Probenentnahme.</p> <p>Ort, Datum _____</p> <p>_____ Unterschrift der Patientin bzw. des gesetzl. Vertreters</p>	<p>Bestätigung der Ärztin / des Arztes: Name: (bitte leserlich) _____</p> <p>Die Einwilligung der Patientin / des Patienten / gesetzl. Vertreters zur Probenentnahme und zur humangenetischen Untersuchung liegt mir vor.</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 80px; margin: 10px auto; text-align: center; padding: 5px;">Stempel</div> <p>_____ Unterschrift</p>
---	--

geprüft	A	C	T	M
---------	---	---	---	---



Einwilligung in eine genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)
 Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten / gesetzlichen Vertreters ist gemäß GenDG unbedingte Voraussetzung für die Durchführung einer genetischen Untersuchung

bitte Kopie zusammen mit Anforderungsformular für die Untersuchung an das genetische Labor

Patientendaten (ggf. Aufkleber):	E 01
Name: Vorname: geb.: Straße PLZ Ort	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 / Störung / Diagnose:

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

Bitte entscheiden Sie, wie Ihr Untersuchungsmaterial und die daraus resultierenden Ergebnisse verwendet werden dürfen		
Ich bin damit einverstanden, dass ggf. (Teil-) Untersuchungen in einem externen Kooperationslabor durchgeführt werden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ich bin damit einverstanden, dass Zufallsbefunde (Ergebnisse, die mit der eigentlichen Fragestellung nicht im direkten Zusammenhang stehen) nicht bzw. nur dann mitgeteilt werden, wenn es zur Erfüllung des Untersuchungsauftrages unvermeidbar ist.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden. Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der erhobenen Ergebnisse, sowie ggf. für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden. Ich bin einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial in pseudonymisierter (verschlüsselter) Form zum Zwecke der Qualitätssicherung aufbewahrt und verwendet wird.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse und Unterlagen in Papierform und/ oder elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben für 10 Jahre aufbewahrt werden. (nein = sofortige Vernichtung)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ich bin einverstanden, dass erhobene Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung für wissenschaftliche Zwecke genutzt und in pseudonymisierter Form in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen.

 Ort, Datum:

Stempel

 Unterschrift der Patientin /des Patienten /des (gesetzlichen) Vertreters

 Aufklärende(r) Ärztin / Arzt