

ANFORDERUNGSFORMULAR ZUR PRÄNATALEN GENETISCHEN DIAGNOSTIK

Patientendaten (ggf. Aufkleber): Name: Vorname: geb.: Straße PLZ Ort	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">FB 024</div> Telefon..... Angaben zur Abrechnung: <input type="checkbox"/> privat (Rechnung an Patientin) <input type="checkbox"/> stationär (Rechnung an Einsender) <input type="checkbox"/> gesetzl. versichert Kasse: bitte Überweisungsschein beilegen (Nr. 6, gelb)
---	---

Auf Wunsch und mit Einverständnis der Patientin bitte Bericht an folgende weitere Ärzte / Personen:

.....

.....

Patientin wünscht Geschlechtsmitteilung ja nein

Untersuchungsmaterial: BITTE PROBEN MIT PATIENTENNAMEN VERSEHEN!	Datum der Entnahme:
<input type="checkbox"/> Fruchtwasser <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut (bitte mit Natrium-Heparin Zusatz) <input type="checkbox"/> Chorionzotten <input type="checkbox"/> Abortgewebe (ca. 1-3 cm ³ Gewebe)	

Weitere Angaben zur Patientin:

Erster Tag letzte Regel: [] [] [] [] [] SSW rechn.: [] [] [] + [] [] Zwillinge monochorial monoamnial

Gravida: Para: Fehl-/Totgeburten: SSW nach US: [] [] [] + [] [] Jetzige SS: unauffällig
 auffällig, bitte erläutern

Indikation:	Erläuterungen: (ggf. weiter auf Rückseite)
<input type="checkbox"/> Alter <input type="checkbox"/> auffälliger U.S. Befund <input type="checkbox"/> auffälliges Erst-Trimester-Screening <input type="checkbox"/> auffällige Eigen-/Familienanamnese* <input type="checkbox"/> Sonstiges*	

*bitte erläutern, ggf. bitte Kopien von Voruntersuchungen beilegen

Angeforderte Untersuchungen:

Chromosomen-Untersuchung
 molekulargenetische Untersuchung (bitte zusätzlich Anforderungsformular für die molekulargenetische Diagnostik ausfüllen)
 AFP- Bestimmung aus Fruchtwasser
 ACHE- Bestimmung aus Fruchtwasser
 Sonstiges (bitte erläutern):

FISH Schnelltest (Zahlabweichungen der Chromosomen 13, 18, 21, X und Y)
 (bitte bei Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen **Einverständniserklärung zur Privatliquidation unterschrieben beilegen**)

Einverständniserklärung der Patientin / bzw. des (gesetzlichen) Vertreters: Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten Untersuchung und der dazu notwendigen Probenentnahme. Ort, Datum Unterschrift der Patientin bzw. des gesetzl. Vertreters	Bestätigung der Ärztin / des Arztes: Name: (bitte leserlich) Die Einwilligung der Patientin zur Probenentnahme und zur humangenetischen Untersuchung liegt mir vor. <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto; text-align: center; padding: 5px;">Stempel</div> Unterschrift
--	--

geprüft	B	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:	Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an
geb.:	
Straße	
PLZ Ort	

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.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
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