

ANFORDERUNGSFORMULAR ZUR PRÄNATALEN GENETISCHEN DIAGNOSTIK

<p>Patientendaten (ggf. Aufkleber):</p> <p>Name: Vorname:</p> <p>geb.:</p> <p>Straße</p> <p>PLZ Ort</p>	<p>Telefon.....</p> <p>Angaben zur Abrechnung:</p> <p><input type="checkbox"/> privat (Rechnung an Patientin)</p> <p><input type="checkbox"/> stationär (Rechnung an Einsender)</p> <p><input type="checkbox"/> gesetzl. versichert Kasse:</p> <p style="text-align: center;">bitte Ü-Scheine Nr. 6 und Nr. 10 beilegen</p>
--	---

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

.....

.....

Patientin wünscht Geschlechtsmitteilung ja nein

<p>Untersuchungsmaterial: BITTE PROBEN MIT PATIENTENNAMEN VERSEHEN!</p> <p><input type="checkbox"/> Fruchtwasser <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut (bitte mit Natrium-Heparin Zusatz)</p> <p><input type="checkbox"/> Chorionzotten <input type="checkbox"/> Abortgewebe (ca. 1-3 cm³ Gewebe)</p>	<p>Datum der Entnahme:</p>
--	-----------------------------------

Weitere Angaben zur Patientin:

Erster Tag letzte Regel: SSW rechn.: + Zwillinge monochorial monoamniot

Gravida: Para: Fehl-/Totgeburten: SSW nach US: + Jetzige SS: unauffällig

auffällig, bitte erläutern

Indikation: **Erläuterungen:** (ggf. weiter auf Rückseite)

Alter

auffälliger U.S. Befund

auffälliges Erst-Trimester-Screening

auffällige Eigen-/Familienanamnese*

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**)

<p>Einverständniserklärung der Patientin / bzw. des (gesetzlichen) Vertreters:</p> <p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten Untersuchung und der dazu notwendigen Probenentnahme.</p> <p>Ort, Datum</p> <p>.....</p> <p>Unterschrift der Patientin bzw. des gesetzl. Vertreters</p>	<p>Bestätigung der Ärztin / des Arztes:</p> <p>Name: (bitte leserlich)</p> <p>.....</p> <p>Die Einwilligung der Patientin 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; vertical-align: middle;"> <p>Stempel</p> </div> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift</p>
--	---

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):	
.....	
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.	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"/>
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"/>
Entsprechend der gesetzlichen Bestimmung werden die erhobenen Ergebnisse und Unterlagen in Papierform und/ oder elektronischer Form für 10 Jahre aufbewahrt.		
Widerrufsbelehrung: Sie können Ihre Einwilligung zur Analyse jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen. Sie haben das Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen), eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnisermittlung jederzeit zu stoppen und die Vernichtung allen Untersuchungsmaterials sowie aller bisher dahin erhobenen Ergebnisse zu verlangen.		

Ort, Datum:

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

Stempel

Aufklärende(r) Ärztin / Arzt