

ANFORDERUNGSFORMULAR ZUR MOLEKULARGENETISCHEN ANALYSE

<p>Patientendaten (ggf. Aufkleber):</p> <p>Name: Vorname:</p> <p>geb.:</p> <p>Straße</p> <p>PLZ Ort</p>	<p>Geschlecht <input type="checkbox"/>m <input type="checkbox"/>w</p> <p>ethnische Herkunft:</p> <p>(ggf. erforderlich für Risikoangaben)</p> <p>Telefon.....</p> <p>Angaben zur Abrechnung:</p> <p><input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Rechnung an Patient/in</p> <p><input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender</p> <p><input type="checkbox"/> gesetzl. versichert Kasse:</p> <p> bitte Ü-Scheine Nr. 6 und Nr. 10 beilegen</p>
--	--

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

.....

.....

<p>Untersuchungsmaterial:</p> <p>ca. 2 ml EDTA-Blut (bei FRAXA bitte 10 ml, Kinder mind. 3 ml!)</p> <p>Art: <input type="checkbox"/> EDTA-Blut</p> <p> <input type="checkbox"/> DNA</p> <p> <input type="checkbox"/></p>	<p align="center">BITTE PROBEN MIT PATIENTENNAMEN VERSEHEN!</p> <p align="right">Datum der Entnahme:</p>
---	--

(Verdachts-) Diagnose / Anamnese / Angaben zu Indexfall:

Klinische Symptomatik / Familienanamnese / Ergebnisse von Voruntersuchungen bei Patient(in) bzw. Indexfall (ggf. bitte in Kopie beilegen)

(ggf. Rückseite verwenden)

Angeforderte Untersuchung:			<input type="checkbox"/> kurativ	<input type="checkbox"/> prädiktiv / pränatal*	(*setzt genetische Beratung voraus)
<input type="checkbox"/> Faktor V Leiden- (G1691A) Mutation <input type="checkbox"/> Prothrombin-(Faktor II G20210A) Mutation <input type="checkbox"/> MTHFR-(C677T / A1298C) Mutation <input type="checkbox"/> Hereditäre Hämochromatose (HFE- C282Y- / H63D- / S65C- Mutation) <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose (Mukoviszidose und CBAVD; CFTR) <input type="checkbox"/> Azoospermiefaktor (AZF-Deletion) <input type="checkbox"/> Fragiles X -Syndrom (FRAXA, FMR1) <input type="checkbox"/> RETT-Syndrom (MECP2) <input type="checkbox"/> Noonan- Syndrom (PTPN11) <input type="checkbox"/> SHOX Haploinsuffizienz (Langer-Syndr., Léry-Weill-Dyschondrost., Kleinwuchs idiop.) <input type="checkbox"/> Achondroplasie (FGFR3, Exon 10) <input type="checkbox"/> Hypochondroplasie (FGFR3, Exon 13)	<input type="checkbox"/> α_1 -Antitrypsin-Defizienz <input type="checkbox"/> Sensoneurale Schwerhörigkeit Typ 1 <input type="checkbox"/> Connexin 26 (GJB2), Cx 30 (GJB6) <input type="checkbox"/> Friedreich'sche Ataxie (FXN) <input type="checkbox"/> Kennedy Disease (Spinobulbäre Muskelatrophie; SBMA) <input type="checkbox"/> Dentato-Rubrale Pallido-Luysische Atrophie (DRPLA) <input type="checkbox"/> Chorea Huntington (Huntingtin) <input type="checkbox"/> Spinocerebelläre Ataxien (SCA1, 2, 3 (MJD) 6 und 7) <input type="checkbox"/> Hereditäre Pankreatitis (PRSS1, SPINK1/ PSTI) <input type="checkbox"/> Familiäres Mittelmeerfieber (MEFV)	<input type="checkbox"/> Multiple Endokrine Neoplasie Typ 2A <input type="checkbox"/> Multiple Endokrine Neoplasie Typ 2B <input type="checkbox"/> Beta-Thalassämie (HBB) <input type="checkbox"/> Morbus Meulengracht (UGT1A1) <input type="checkbox"/> 5FdU-Sensitivität (DPYD Exon14-skipping) <input type="checkbox"/> Thiopurin-Methyltransferase- (TPMT) Defizienz <input type="checkbox"/> 21-Hydroxylase-Defizienz (CYP21) <input type="checkbox"/> Array CGH <input type="checkbox"/> sonstiges (bitte oben erläutern):			

<p>Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten / 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 des Patienten bzw. des gesetzl. Vertreters</p>	<p>Bestätigung der Ärztin / des Arztes:</p> <p>Name: (bitte leserlich)</p> <p>.....</p> <p>Die Einwilligung der Patientin / des Patienten / gesetzl. Vertreters zur Probenentnahme und zur humangenetischen Untersuchung liegt mir vor.</p> <p align="center">Stempel</p> <p align="center">.....</p> <p 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

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