

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode
Anspruchspartner/ betreuender Arzt



Dr. med. Claus Fenner | Dr. med. Thomas Fenner
Dr. med. Ernst Krasemann | Dr. med. Ines Fenner
Prof. Dr. med. Holger-Andreas Elsner
Prof. Dr. med. Jörg Steinmann | Dr. med. Carmen Lensing
PD Dr. med. Moritz Hentschke | Dr. med. Ellen Jessen
Dr. med. Christiane Kling | Dr. med. Johanna Blankenfeld
Birgit Finke | Dr. med. Daniel Lehnhoff
Dr. med. Caroline Fenner

Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Humangenetik, Hygiene und Umweltmedizin, Transfusionsmedizin, Allgemeinmedizin, Innere Medizin

MVZ für Labormedizin und Humangenetik GmbH
20095 Hamburg | Bergstraße 14
Sekretariat Humangenetik:
Tel.: (040) 30955 - 656 | FAX: (040) 30955 - 235

Begleitformular für häufige molekulargenetische Parameter

Angaben zum Patienten Geschlecht: männlich weiblich ethnische Herkunft _____

Indexfall (Patient/in ist erkrankt) prädiktiv (Angehörige/r ist erkrankt), Verwandtschaftsverhältnis: _____

pränatale Diagnostik (in der Schwangerschaft), SSW _____

Angaben zur Probe Abnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____ EILT, Befund erwünscht bis: _____

Probenmaterial EDTA-Blut vorab per FAX-Nr. _____

Angeforderte Untersuchung

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HLA-B*27 | <input type="checkbox"/> AAT (Alpha-1-Antitrypsin) | <input type="checkbox"/> CYP2D6# |
| <input type="checkbox"/> HLA-B*5701 (Abacavir Hypersensitivität) | <input type="checkbox"/> HFE (Hämochromatose) | <input type="checkbox"/> CYP2C9# |
| <input type="checkbox"/> HLA-B*57 (Psoriasis) | <input type="checkbox"/> FMF (fam. Mittelmeerfieber) | <input type="checkbox"/> CYP2C19# |
| <input type="checkbox"/> Faktor V Genmutation | <input type="checkbox"/> DPD# (5FU-Toxizität) | <input type="checkbox"/> NAT2 |
| <input type="checkbox"/> Faktor II Genmutation | <input type="checkbox"/> SOD | <input type="checkbox"/> GST-Genom |
| <input type="checkbox"/> PAI-Polymorphismus | <input type="checkbox"/> LCT (Laktose-Intoleranz) | #keine Kassenleistung |

Klinische Fragestellung (Indikation, ICD-10): _____

ggf. zu untersuchende/s Gen/e, Vorbefunde/Berichte (ggf. bitte beilegen)

Familienanamnese / erkrankte Angehörige

Angaben Kostenträger:

gesetzlich versichert (Überweisungsschein Nr. 10) ASV Rechnung an Patienten Rechnung an Klinik

Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz (nicht erforderlich bei Abortmaterial)

in eine Untersuchung bei sich bei eigenem Kind bei betreuter Person

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) bin ich mit den genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderung bzw. zur Klärung der obengenannten Fragestellung sowie mit der hierzu erforderlichen Blutentnahme einverstanden.
Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet und ausgewertet werden.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung, ggf. Verwendung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus nein ja
von Untersuchungsmaterial für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Nachprüfung der Ergebnisse nein ja
von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken nein ja

Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache meiner Erkrankung angesehen werden können. In seltenen Einzelfällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, die aber nach aktuellem Wissenstand eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben.
Über derartige Zusatzbefunde möchte ich informiert werden. nein ja

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden.
Ich hatte die notwendige Bedenkzeit und konnte alle meine Fragen klären.

Name, Vorname aufklärender Arzt

Ort, Datum

Unterschrift aufklärender Arzt

Unterschrift Patient(in)/ gesetzliche(r) Vertreter(in)