

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

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode  
Ansprachpartner/ 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 CYP2C9-Genotypisierung

### Angaben zum Patienten

Geschlecht:  männlich  weiblich

### Angaben zur Probe

Abnahmedatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_  **EILT**, Befund erwünscht bis: \_\_\_\_\_

vorab per FAX-Nr.: \_\_\_\_\_

Probenmaterial: EDTA-Blut

## Klinische Fragestellung: Therapieplanung bei Multipler Sklerose

### Angaben Kostenträger:

gesetzlich versichert

Rechnung an Patienten  
(privat versichert)

Rechnung an Klinik  
(bei stationären Patienten)

### Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz

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 von Untersuchungsmaterial für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Nachprüfung der Ergebnisse von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken

nein  ja  
 nein  ja  
 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)