

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

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode  
Ansprechpartner/ 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"/> CYP2D#    |
| <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 (Pharmakogenetik)       | <input type="checkbox"/> GST-Genom |
| <input type="checkbox"/> PAI-Polymorphismus                      | <input type="checkbox"/> LCT (Lactose-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 aktuellen 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)