

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

## Anforderung humangenetische Diagnostik

**Angaben zum Patienten:** Geschlecht:  männlich  weiblich ethnische Herkunft \_\_\_\_\_

**Angaben zur Probe:** Abnahmedatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ **Probenmaterial:**  EDTA-Blut  Heparin-Blut  anderes \_\_\_\_\_

**Angaben Kostenträger:**  gesetzlich versichert (Überweisungsschein Nr. 10)  ASV  Rechnung an Patienten  Rechnung an Klinik

**Klinische Symptome/Fragestellung/Indikation (ICD10):** \_\_\_\_\_

**Familienanamnese:**  Indexfall (Patient/in ist erkrankt)  pränatale Diagnostik/Schwangerschaft (SSW) \_\_\_\_\_

 prädiktiv (Angehörige/r ist erkrankt) \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

**Anforderung: Cytogenetik:**  Chromosomenanalyse  FISH-Diagnostik  Array-Diagnostik

**Anforderung Molekulargenetik:**  Einzelgen \_\_\_\_\_  Panel /Fragestellung \_\_\_\_\_

(ggf. gesonderter Anforderungsbogen)

 **EILT - Befund erwünscht bis:** \_\_\_\_\_ **an Ärztin/Arzt:** \_\_\_\_\_ **per FAX-Nr** \_\_\_\_\_

**Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz**  bei sich  bei eigenem Kind  bei betreuter Person

 Nach Aufklärung gemäß **Gendiagnostikgesetz** bin ich mit den genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderung bzw. zur Klärung der obengenannten Fragestellung sowie mit der hierzu erforderlichen Material- bzw. 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.

 Der Auftrag kann – soweit notwendig – an ein Kooperationslabor weitergeleitet werden  nein  ja

 Die Ergebnisse dürfen an mitbehandelnde Ärzte weitergeleitet werden, s.o.  nein  ja

 Die Unterlagen sollen über die gesetzliche Frist von 10 Jahren aufbewahrt werden  nein  ja

 Das Untersuchungsmaterial darf für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Nachprüfung der Ergebnisse aufbewahrt werden  nein  ja

 Das Untersuchungsmaterial darf pseudonymisiert zur Qualitätssicherung/ zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden  nein  ja

**Bei komplexen Analysen** (u.a. Array-CGH, NGS-Panel-Diagnostik) könnten ggf. Befunde erhoben werden, die nicht direkt im Zusammenhang mit der Indikation/Fragestellung stehen, aber nach derzeitigem Wissensstand eine Behandlungskonsequenz für mich/meine Familie haben könnten. Ich möchte über derartige/alle Befunde informiert werden.  nein  ja

Ich hatte die notwendige Bedenkzeit und konnte alle meine Fragen klären. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache der Erkrankung angesehen werden können. Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden, wobei nach Diagnostikbeginn entstandene Kosten privat getragen werden müssten.

 \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname, Unterschrift aufklärender Arzt

 \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

 \_\_\_\_\_  
 Barcode/Stempel

 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patient/-in oder gesetzliche/r Vertreter/-in