

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
--



MVZ für Labormedizin und Humangenetik GmbH

20095 Hamburg • Bergstraße 14  
Fon (040) 309 55-0 • Fax (040) 309 55-130

**Genetische Beratung**  
Dr. Ernst Krasemann • Dr. Ellen Jessen (FÄ für Humangenetik)  
Dr. Christiane Kling (Ärztin für Allgemeinmedizin, Med. Genetik)

**Labor für Cytogenetik**  
Dr. Sönke Arps • Prof. Dr. Jürgen Kunz (Fachhumangenetiker)  
Tel.: (040) 30955 - 432 / 431 • FAX: (040) 30955 - 530  
**Labor für Molekulargenetik**  
Dipl. Biol. Friederike Hein  
Tel.: (040) 30955 - 553 • FAX: (040) 30955 - 676

**Sekretariat Humangenetik**  
Tel.: (040) 30955 - 656 • FAX: (040) 30955 - 235

## 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  Chromosomen Abortmaterial  FISH  Array-Diagnostik

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

(s. Rückseite oder Anforderungsbogen)

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

### Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz (nicht erforderlich bei Abortmaterial)

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.

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

Die Unterlagen sollen über die gesetzl. 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 und zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden  nein  ja

Bei komplexen Analysen (u.a. Array-CHG oder 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