

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 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