

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, FÄ für Humangenetik) •
 Dr. med. Ines Zuther (FÄ für Humangenetik)

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

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"/> CYP2D6# |
| <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)