

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

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode  
Anspruchspartner/ 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 CYP2C9-Genotypisierung

### Angaben zum Patienten

Geschlecht:  männlich  weiblich

### Angaben zur Probe

Abnahmedatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_  **EILT**, Befund erwünscht bis: \_\_\_\_\_

**vorab per FAX-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Probenmaterial:** EDTA-Blut

## Klinische Fragestellung: Therapieplanung mit Siponimod bei Multipler Sklerose

### Angaben Kostenträger:

gesetzlich versichert

Rechnung an Patienten  
(privat versichert)

Rechnung an Klinik  
(bei stationären Patienten)

### Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz

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 von Untersuchungsmaterial für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Nachprüfung der Ergebnisse von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken

nein  ja  
 nein  ja  
 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)