

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



# FENNER

Labor Dr. Fenner & Kollegen

MVZ für Labormedizin und Humangenetik GmbH  
20095 Hamburg | Bergstraße 14

**Genetische Beratung**

Dr. med. Ernst Krasemann | Dr. med. Ellen Jessen  
Dr. med. Christiane Kling | Dr. med. Ines Zuther

**Labor für Cytogenetik**

Dr. rer. nat. Sönke Arps | Prof. Dr. rer. nat. Jürgen Kunz  
Tel.: 040 30955 - 432 / 431 | FAX: 040 30955 - 530

**Labor für Molekulargenetik**

Dipl. Biol. Friederike Hein  
Tel.: 040 30955 - 553 | FAX: 040 30955 - 676

## Anforderung humangenetische Diagnostik

### Angaben zum Patienten

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers 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) \_\_\_\_\_

Konsanguinität \_\_\_\_\_

prädiktiv (Angehörige/r ist erkrankt - Verwandtschaftsverhältnis zum Indexfall (ggf. Name): \_\_\_\_\_

Anforderung: Cytogenetik:  Chromosomenanalyse  FISH-Diagnostik  Array-Diagnostik

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

Exom-basiert (Trio/Duo-Exom) \_\_\_\_\_  EILT Befund bis: \_\_\_\_\_ 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 folgende Ärzte weitergeleitet werden (ggf. s.o.)

nein  ja

Die Ergebnisse dürfen für die Beratung von Verwandten genutzt werden

nein  ja

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

nein  ja

Das Untersuchungsmaterial darf für neue Diagnosemöglichkeiten/zur Kontrolle aufbewahrt

nein  ja

und pseudonymisiert zur Qualitätssicherung/zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden

nein  ja

Bei komplexen Analysen (u.a. Array-CGH, NGS-Exombasierter-Diagnostik) erfolgt eine Auswertung bezüglich der medizinischen Indikation bzw. Fragestellung. Nebenbefunde sollen weitgehend vermieden werden. Dennoch könnten methodisch bedingt ggf. Befunde erhoben werden, die nicht direkt im Zusammenhang mit der Indikation/Fragestellung stehen. Sollten folgende Fragen nicht beantwortet sein, wird über Nebenbefunde nicht berichtet.

Ich möchte über solche Befunde ggf. informiert werden:

nein  ja

Ich möchte ggf. darüber informiert werden, wenn es für mich oder meine Familie Konsequenzen haben könnten

nein  ja

oder sich Behandlungskonsequenzen daraus ergeben würden

nein  ja

Über folgender Erkrankungen/Dispositionen möchte ich informiert werden: \_\_\_\_\_

Über folgende Erkrankungen möchte ich nicht informiert werden: \_\_\_\_\_

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