

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
Sekretariat Humangenetikel.: (040) 30955 - 656 | FAX: (040) 30955 - 235

Anforderung humangenetische Diagnostik

Angaben zum Patienten und zur Probe

Geschlecht: männlich weiblich divers ethnische Herkunft _____

Abnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____ Probenmaterial: EDTA-Blut Abstrich Wangenschleimhaut

Angaben Kostenträger

gesetzlich versichert (Überweisungsschein Nr. 10) ASV Rechnung an Patienten Rechnung an Klinik

Klinische Symptome/Fragestellung/Indikation (ICD10), ggf. Angabe der Familienanamnese:

FAST-TRACK-/PARP_Option, z.B.

- Mammakarzinom (z.N. Her2neu negativ, triple negativ)
- Prostatakarzinom
- Pankreaskarzinom

Bei Bedarf und bei auffälligem Ergebnis ist eine genetische Bertung entsprechend GenDG empfohlen und im Labor Fenner möglich (Terminvereinbarung unter Sekretariat Genetik 040 309 55656).

Familienanamnese: Indexfall (Patient/in ist erkrankt) pränatale Diagnostik/Schwangerschaft (SSW) _____

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

Familienuntersuchung (Segregationsanalyse) Konsanguinität _____

Anforderung

EILT Befund bis: _____ Fax-Nr.: _____

Molekulargenetik: Einzelgen Gen-Panel PARP Exom-basiert (Trio/Duo-Exom)

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	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Die Ergebnisse dürfen an folgende Ärzte weitergeleitet werden (ggf. s.o.)	<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Ergebnisse dürfen für die Beratung von Verwandten genutzt werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Die Unterlagen sollen über die gesetzliche Frist von 10 Jahren aufbewahrt werden.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Untersuchungsmaterial darf für neue Diagnosemöglichkeiten/zur Kontrolle aufbewahrt werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Es darf pseudonymisiert zur Qualitätssicherung/zur wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Bei komplexen Analysen (u.a. Array-CGH, NGS-Exombasierter-Diagnostik) erfolgt eine Auswertung bezüglich der medizinischen Indikation bzw. Fragestellung. Zusatzbefunde sollen vermieden werden.

In seltenen Einzelfällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit der o.genannten klinischen Fragestellung stehen. Sind diese nach aktuellem Wissenstand (nach ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich ode meine Familie haben, möchte ich über mittelbare Zusatzbefunde* informiert werden. (KEINE Auswahl wird als „NEIN“ gewertet).

Ich möchte über solche mittelbare Zusatzbefunde ggf. informiert werden: nein ja

*siehe Internetseite: Umgang mit Zusatzbefunden

Über folgende Erkrankungen möchte ich nicht informiert werde: _____

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