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

FENNER
Labor Dr. Fenner & Kollegen
MVZ für Labormedizin und Humangenetik GmbH
20095 Hamburg | Bergstraße 14
Genetische Beratung
Dr. med. Ellen Jessen | Dr. med. Christiane Kling
Dr. med Ines Zuther
Labor für Cytogenetik
Dr. rer. nat. Sönke Arps
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.: (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 ☐ Heparin-Blut ☐ anderes _____

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

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

Familienanamnese: ☐ Indexfall (Patient/in ist erkrankt) ☐ Diagnostik in der Schwangerschaft (SSW) _____
☐ prädiktiv (Angehörige/r ist erkrankt - Verwandtschaftsverhältnis zum Indexfall (ggf. Name):
☐ Familienuntersuchung (Segregationsanalyse) ☐ Konsanguinität _____

Anforderung ☐ Chromosomenanalyse ☐ EILT Befund bis: _____ Fax-Nr: _____
☐ Array-Diagnostik ☐ Gen-Panel _____ ☐ Exom-basiert (Trio/Duo-Exom) _____
☐ FISH-Diagnostik ☐ Einzelgen _____

Einverständniserklärung (EVK) 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 der Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, verarbeitet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden.

Der Auftrag kann – soweit notwendig – an ein Kooperationslabor weitergeleitet werden		☐ nein
Die Ergebnisse dürfen für die Beratung von Verwandten genutzt werden		☐ nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Unterlagen für maximal 10 Jahre (gesetzliche Frist) aufbewahrt werden		☐ nein
Das Untersuchungsmaterial darf für neue Diagnosemöglichkeiten/zur Qualitätssicherung aufbewahrt werden		☐ nein
Es darf pseudonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden		☐ nein
Die Ergebnisse dürfen an folgende Ärzte weitergeleitet werden (ggf. s.o.)	☐ ja	☐ nein

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. Werden diese nach aktuellem Wissenstand (angelehnt an ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben, möchte ich über mittelbare Zusatzbefunde* informiert werden.

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

*siehe Internetseite Labor Fenner: Umgang mit Zusatzbefunden, ggf. gesonderter Auftrag/ EVK (KEINE Auswahl wird als „NEIN“ gewertet)

Anmerkungen: _____

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

Version: 006 03/2024