

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

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode
beauftragende/r Ärztin/ 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
Sekretariat Humangenetik.: (040) 30955 - 656 | FAX: (040) 30955 - 235
email: humangenetik@fennerlabor.de
Labor für Humangenetik
Dipl. Biol. Friederike Hein
Tel.: 040 30955 - 553 (Molekulargenetik)
Tel.: 040 30955- 431 (Cytogenetik)

Anforderungsbogen und Einverständniserklärung Häufige für Diagnostik bzw. Therapie relevante Genveränderungen/ Polymorphismen

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)

Achtung: Überweisung an Humangenetik nach GenDG erforderlich!

für **Humangenetiker/in:** bitte Einverständniserklärung Humangenetische Diagnostik (s. Homepage)

Anforderung EILT Befund bis: _____ Fax-Nr.: _____

Krankheitsassoziation	[interne Kürzel]			Therapierelevanz (EILT/FAST TRACK)	
<input type="checkbox"/> AAT (Alpha-1-Antitrypsin)	[PCRAAT]	<input type="checkbox"/> CARD15/NOD2	[GENLAB]	<input type="checkbox"/> CYP2C9 (Siponimod)	[SQ2C9M]
<input type="checkbox"/> HFE (Hämochromatose)	[PCRHFE]	<input type="checkbox"/> LCT (Lactose-Intoleranz)	[PCRLCT]	<input type="checkbox"/> CYP2C19 (Mavacamten)	[GENLAB]
<input type="checkbox"/> HLA-B*27	[HLA]	<input type="checkbox"/> VDR-B (Orthopädie)	[VDRRF]	<input type="checkbox"/> DPD (5FU-Toxizität)	[DPDGEN]
<input type="checkbox"/> Faktor II Genmutation (Prothrombin)	[PCR2F]			<input type="checkbox"/> HLA-B*5701 (Abacavir Hypersensitivität)	[HLAB57]
<input type="checkbox"/> Faktor V-Leiden Genmutation	[F5LEI]			<input type="checkbox"/> TPMT (Azathioprin)	[PCRTPM]
				<input type="checkbox"/> UGT1A1 (Irinotecan)	[SQUGT1]

Einverständniserklärung (EVK) nach Gendiagnostikgesetz 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 o.g. Indikation/Fragestellung sowie mit der hierzu erforderlichen Blutentnahme einverstanden. Ich hatte die notwendige Aufklärung, Bedenkzeit und konnte alle meine Fragen klären. 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. Bei gezielten (diagnostischen) Laboranalysen werden keine Zusatzbefunde generiert. Die Aufbewahrung der Ergebnisse erfolgt für die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren. Das Untersuchungsmaterial wird bis Abschluss der Diagnostik aufbewahrt.

Ich bin einverstanden mit der Verwendung des Untersuchungsmaterial zur Qualitätssicherung.

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.

Anmerkungen: _____

Name, Vorname, Unterschrift aufklärende/r Ärztin/ Arzt

Ort, Datum

Barcode/Stempel

Unterschrift Patient/-in oder Vertreter/-in