

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  
SLC01B1-Genotypisierung des Polymorphismus c.521T>C, p.V174A (C/T)**

**Angaben zum Patienten und zur Probe**

**Geschlecht:**  männlich  weiblich  divers ethnische Herkunft \_\_\_\_\_

Abnahmedatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Probenmaterial:  EDTA-Blut 2,7 ml (kleines Röhrchen)

**Angaben Kostenträger**  gesetzlich versichert (Überweisungsschein Nr. 10)  
 privat versichert

**Klinische Indikation (bitte markieren):**

- Vorliegen erhöhter Risiken für SAMS:**  
konstitutionell: Alter über 80 J., Vorsicht ab 75 J., Frauen, niedriger BMI/Kachexie, Individuen asiatischer Herkunft (insbes. China, Japan, Korea), Myopathie in der Familie  
vorbestehende Krankheiten: unklare erhöhte CK-Werte, entzündliche oder erbliche neuromuskuläre Krankheiten, entzündliche/ erbliche Stoffwechselstörungen/ akute Infektionen, Hypothyreose, Diabetes mellitus, Vitamin D-Mangel, eingeschränkte Nierenfunktion, Leberfunktionsstörungen
- Verordnung von anderen Medikamenten mit Myopathierisiko notwendig:** z.B. Antimykotika, Makrolide, Proteaseinhibitoren, Gemfibrozil, Verapamil, Diltiazem, Marcumar, Amiodaron, Cyclosporin)
- Verdacht auf Statin-Unverträglichkeit:** Muskelbeschwerden unter Statinen, vor Verordnung von Alternativen zur Lipidsenkung (z.B. PCSK9-Antikörper, LDL-Apherese)
- Andere: \_\_\_\_\_

**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. (Bei komplexen oder prädiktiven genetischen Laboranforderungen verwenden Sie bitte die Einverständniserklärung: Genetische-EVK-2023\_2003.pdf (fennerlabor.de). Die Aufbewahrung der Ergebnisse erfolgt für die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren. Das Untersuchungsmaterial wird bis Abschluss der Diagnostik aufbewahrt.

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind/betreute Person und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden. Ich bin einverstanden mit der Verwendung des Untersuchungsmaterial zur Qualitätssicherung.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Unterschrift aufklärende/r Ärztin/ Arzt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Barcode/Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in oder Vertreter/-in