

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

Arztstempel / Klinik
beauftragende/r Ärztin/ Arzt nach
GenDG



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)

Einverständniserklärung humangenetische Diagnostik gemäß GenDG

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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Meine Verwandten dürfen im MVZ Fenner auf der Basis meines Befundes beraten werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Unterlagen für maximal 10 Jahre (gesetzliche Frist) aufbewahrt werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Untersuchungsmaterial darf für neue Diagnosemöglichkeiten/zur Qualitätssicherung aufbewahrt werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Es darf pseudonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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. Wenn 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

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 Vertreter/-in