

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

PARPi



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 in HRD-relevante molekulargenetische Diagnostik FAST TRACK

Angaben zum Patienten und zur Probe

Geschlecht: männlich weiblich divers ethnische Herkunft _____

Abnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____ Probenmaterial: EDTA-Blut

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

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

PARPi-Option, z.B. (bitte markieren)

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

Bei Bedarf und bei auffälligem Ergebnis ist eine genetische Beratung entsprechend GenDG empfohlen und im Labor Fenner möglich (Terminvereinbarung unter Sekretariat Genetik 040 309 55 - 656, sekretariat-genetik@fennerlabor.de).

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

Anforderung Gen-Panel PARPi EILT Befund bis: _____ Fax-Nr: _____

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