

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapps.
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		



Praxis-/Klinikstempel

- weiblich männlich
 Kasse (Labor- Überweisungsschein) **ambulant**
 privat Selbstzahler **stationär**

Telefonnummer der Pat: _____ Cito Faxbefund an Nummer _____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, einen Überweisungsschein des/der betreuenden Arztes/Ärztin einzureichen oder mit meiner Versichertenkarte die Gemeinschaftspraxis für Humangenetik zur Befundübermittlung aufzusuchen, damit die Kostenübernahme der Diagnostik gewährleistet ist.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Anforderungsschein zur postnatalen Diagnostik

EINWILLIGUNG NACH GENDIAGNOSTIKGESETZ

Eine Einwilligung des/der Probanden/in/Patienten/in nach GenDG wird benötigt.

Aufklärungs- und Einwilligungserklärung des/der Patienten/in entsprechend des GenDG liegt schriftlich vor ja Nein

in eine Untersuchung bei sich bei dem eigenen Kind bei der von mir gesetzlich betreuten Person

Ich wurde von meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt ausführlich über den Umfang sowie über die Bedeutung der geplanten Untersuchung (siehe Folgeseiten) aufgeklärt. Ich wurde über mögliche gesundheitliche Risiken, die mit der Kenntnis des Untersuchungsergebnisses sowie Risiken, die mit der Gewinnung der Probe verbunden sein können, aufgeklärt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Probe nur zu diagnostischen Zwecken für die o.g. Untersuchung verwendet werden darf. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache meiner Erkrankung angesehen werden können. Mir ist bekannt, dass in manchen Fällen keine eindeutige Antwort hinsichtlich einer genetischen Diagnose gegeben werden kann. 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. Mir ist bekannt, dass eventuell entstehende Daten mit dem Analyseverfahren "Next Generation Sequencing" häufig nur bis zu einem Jahr aufbewahrt werden. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann und dass ich ein Recht auf Nichtwissen meiner Untersuchungsergebnisse habe und diese auf mein Verlangen vernichtet werden müssen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung an folgende Ärzte / Personen weitergeleitet werden dürfen:
(Name und Anschrift) _____

(Name und Anschrift) _____

- Ich erkläre mich einverstanden mit:
- der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrags** an ein spezialisiertes Kooperationslabor, sofern dies für die Analyse notwendig ist. Nein
 - der **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus. Nein
 - der **Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial** anonymisiert für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Qualitätssicherung. Nein
 - der **Aufbewahrung von anonymisiertem Untersuchungsmaterial/Ergebnissen** zu wissenschaftlichen Zwecken. Nein
 - der **Verwendung der Untersuchungsergebnisse** für die Beratung und Untersuchung meiner Angehörigen. Nein

Aufklärung zu Zufalls- und Zusatzbefunden: Bei Beantwortung der vorliegenden klinischen Fragestellung können in seltenen Einzelfällen medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit der oben genannten Fragestellung stehen, aber trotzdem von medizinischer Bedeutung für mich oder meine Familie sein können. Insbesondere bei umfassenden, genetischen Übersichtsmethoden ist eine nicht gezielte oder absichtliche Erfassung von zufälligen medizinischen Erkenntnissen (Zufallsbefunde) möglich. Im Rahmen von Exom-Analysen kann eine aktive und gezielte Erhebung von zusätzlichen Befunden (Zusatzbefunde) beim Index-Patienten erhoben werden (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG).

Hinweis: Es besteht kein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Zufalls- bzw. Zusatzbefunde oder zukünftige Aktualisierung. Sollten keine Zufalls- bzw. Zusatzbefunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken. Zusatzbefunde im Zuge pränataler Analysen werden nicht erhoben.

Ich möchte über **Zusatzbefunde** informiert werden (nur beim Index-Patienten im Zuge einer **Exom-Analyse**; Keine Auswahl wird als NEIN gewertet). Ja Nein

Name in DRUCKBUCHSTABEN Patient/in/ gesetzlicher/e Vertreter/in

Name in DRUCKBUCHSTABEN aufklärende/r Ärztin/Arzt

Ort, Datum, Unterschrift Patient/in/ gesetzlicher/e Vertreter/in

Unterschrift aufklärende/r Ärztin/Arzt



Indikation: _____

Datum Materialentnahme: _____

Zytogenetische Diagnostik aus Heparinblut:

Material:

- peripheres Vollblut (ca. 5-8 ml Heparin- oder Li-Heparin Monovette, bei Kindern mind. 1 ml)
- Fetalblut (mind. 0,5 ml Heparin- oder Li-Heparin Monovette)

Untersuchung:

- Zytogenetische Chromosomenanalyse
- FISH Diagnostik – Molekulare Zytogenetik
 - Subtelomer
 - LSI 21
 - Schnelltest: Trisomie 13, 18, 21
 - z.A. eines gonosomalen Mosaiks

Molekulargenetische Diagnostik aus EDTA-Blut:

Material:

- peripheres Vollblut (3-4 ml EDTA Monovette, bei Kindern mind. 1 ml)

Untersuchung:

- Array-CGH

Molekulargenetische Untersuchungen: „Anforderungsschein Humangenetik alphabetisch“ obligat!