

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

☐ ambulant ☐ privat* ☐ stationär* ☐ Selbstzahler* ☐ ASV

* ggf. unterschriebene Kostenübernahmeerklärung notwendig!

☐ Cito Faxbefund an _____

Fax nur bei Vorliegen der unterschriebenen Einwilligung nach GenDG!

DNA DIAGNOSTIK HAMBURG MVZ GbR
Dr. Usha Peters · Dr. Saskia Kleier · Dr. Astrid Preuße
Altonaer Str. 61-63 · 20357 Hamburg
T 040 43 29 26 43 · F 040 43 29 26 78
kontakt@dna-diagnostik.hamburg · dna-diagnostik.hamburg



Praxis-/Klinikstempel

ANFORDERUNGSSCHEIN UND EINWILLIGUNG ZUR EXOMSEQUENZIERUNG

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, einen Überweisungsschein des betreuenden Arztes einzureichen oder mit meiner Versichertenkarte die DNA Diagnostik Hamburg MVZ GbR zur Befund Übermittlung aufzusuchen, damit die Kostenübernahme der Diagnostik gewährleistet ist.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Vertreter

ANGABEN ZUR PROBE

Index: ☐ EDTA-Blut (2 ml)
☐ Mundschleimhaut (10 Wangenabstriche)
Mutter: ☐ EDTA-Blutprobe beiliegend: ☐ Ja ☐ Nein ☐ folgt bis _____
Vater: ☐ EDTA-Blutprobe beiliegend: ☐ Ja ☐ Nein ☐ folgt bis _____
Weiteres Familienmitglied klinisch betroffen:
☐ EDTA-Blutprobe beiliegend: ☐ Ja ☐ Nein ☐ folgt bis _____

ANGABEN ZUM PATIENTEN (** vorliegende Vorbefunde/wichtigste Arztbriefe (mit Fotos, falls verfügbar) bitte in Kopie beilegen)

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich **Ethnische Herkunft:** _____
Konsanguinität der Eltern: ☐ Ja ☐ Nein
Genetische Vorbefunde (Index): ☐ Ja ☐ Nein

FAMILIENANAMNESE

Mutter klinisch betroffen: ☐ Ja ☐ Nein wenn ja, welche Diagnose: _____
Vater klinisch betroffen: ☐ Ja ☐ Nein wenn ja, welche Diagnose: _____
Weiteres Familienmitglied klinisch betroffen: ☐ Ja ☐ Nein wenn ja, welche Diagnose: _____

KLINISCHE INFORMATION-HPO-KRITERIEN

Bitte geben Sie im folgenden Abschnitt eine detaillierte phänotypische Beschreibung (wenn möglich in Form von sogenannten Human Phenotype Ontology (HPO)-Kriterien, s. hierzu <https://hpo.jax.org/app/>) aller betroffenen Personen an. Dies ist für die Durchführung/Auswertung notwendig, erleichtert die Interpretation der detektierten Varianten und erhöht die Wahrscheinlichkeit, die genetische Ursache zu identifizieren. Basierend auf diesen HPO-Kriterien erfolgt eine automatisierte Analyse von Genen und Auswertung der detektierten Varianten, die für das Krankheitsbild des Patienten relevant sein können.

Weiterhin ist auch das Fehlen phänotypischer Merkmale wichtig.

INDEX: EINWILLIGUNG GEMÄSS § 8 U. 9 GENDIAGNOSTIKGESETZ (GenDG)

Eine Einwilligung des Probanden/Patienten nach GenDG wird benötigt.

Aufklärungs- und Einwilligungserklärung des Patienten entsprechend des GenDG liegt schriftlich vor
in eine Untersuchung ☐ bei sich ☐ bei der von mir betreuten Person

☐ Ja ☐ Nein

Ich wurde von meine(r/m) behandelnden Ärztin/Arzt ausführlich über den Umfang sowie über die Bedeutung der geplanten Untersuchung 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 Vorsorge-/Behandlung-/Therapie-Zwecken für die genannte Untersuchung verwendet werden darf. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache der Erkrankung angesehen werden können. Mir ist bekannt, dass in manchen Fällen keine eindeutige Antwort hinsichtlich einer genetischen Diagnose gegeben werden kann. 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 bis zur Kenntnisnahme auf mein Verlangen vernichtet werden müssen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Ich erkläre mich einverstanden mit (bei NICHT-Zustimmung bitte Nein ankreuzen):

der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes Kooperationslabor, sofern dies für die Analyse notwendig ist
der Aufbewahrung und Verwendung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus
der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial in pseudonymisierter Form für neue Diagnose Möglichkeiten und zur Qualitätssicherung
der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken
der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für zusätzliche zweckgebundene Untersuchungen (für max. 1 Jahr)
der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung meiner Angehörigen

☐ Nein
☐ Nein
☐ Nein
☐ Nein
☐ Nein
☐ 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 nicht 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).

Ich möchte über Zufallsbefunde informiert werden, falls diese nach aktuellem Wissenstand behandlungsrelevant für mich oder meine Familie sind.

☐ Ja ☐ Nein

Ich möchte über Zusatzbefunde informiert werden (nur beim Index-Patienten im Zuge einer Exom-Analyse).

☐ Ja ☐ Nein

Hinweis: Keine Auswahl wird als NEIN gewertet. Es besteht kein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Zufalls- bzw. Zusatzbefunde oder zukünftige Aktualisierung. Sollten keine Zufalls- bzw. Zusatz-befunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken. Im Zuge pränataler Analysen werden Zusatzbefunde nicht erhoben.

X

Name in DRUCKBUCHSTABEN Patient/ Vertreter

✓

Name in DRUCKBUCHSTABEN aufklärender Arzt

X

Ort, Datum, Unterschrift Patient/ Vertreter

✓

Unterschrift aufklärender Arzt

MUTTER: EINWILLIGUNG GEMÄSS § 8 U. 9 GENDIAGNOSTIKGESETZ (GenDG)

Eine Einwilligung des Probanden/Patienten nach GenDG wird benötigt.

Aufklärungs- und Einwilligungserklärung des Patienten entsprechend des GenDG liegt schriftlich vor
in eine Untersuchung ☐ bei sich ☐ bei der von mir betreuten Person

☐ Ja ☐ Nein

Ich wurde von meine(r/m) behandelnden Ärztin/Arzt ausführlich über den Umfang sowie über die Bedeutung der geplanten Untersuchung 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 Vorsorge-/Behandlung-/Therapie-Zwecken für die genannte Untersuchung verwendet werden darf. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache der Erkrankung angesehen werden können. Mir ist bekannt, dass in manchen Fällen keine eindeutige Antwort hinsichtlich einer genetischen Diagnose gegeben werden kann. 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 bis zur Kenntnisnahme auf mein Verlangen vernichtet werden müssen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Ich erkläre mich einverstanden mit (bei NICHT-Zustimmung bitte Nein ankreuzen):

der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes Kooperationslabor, sofern dies für die Analyse notwendig ist
der Aufbewahrung und Verwendung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus
der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial in pseudonymisierter Form für neue Diagnose Möglichkeiten und zur Qualitätssicherung
der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken
der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für zusätzliche zweckgebundene Untersuchungen (für max. 1 Jahr)
der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung meiner Angehörigen

☐ Nein
☐ Nein
☐ Nein
☐ Nein
☐ Nein
☐ 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 nicht 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).

Ich möchte über Zufallsbefunde informiert werden, falls diese nach aktuellem Wissenstand behandlungsrelevant für mich oder meine Familie sind.

☐ Ja ☐ Nein

Ich möchte über Zusatzbefunde informiert werden (nur beim Index-Patienten im Zuge einer Exom-Analyse).

☐ Ja ☐ Nein

Hinweis: Keine Auswahl wird als NEIN gewertet. Es besteht kein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Zufalls- bzw. Zusatzbefunde oder zukünftige Aktualisierung. Sollten keine Zufalls- bzw. Zusatz-befunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken. Im Zuge pränataler Analysen werden Zusatzbefunde nicht erhoben.

X

Name in DRUCKBUCHSTABEN Patient/ Vertreter

✓

Name in DRUCKBUCHSTABEN aufklärender Arzt

X

Ort, Datum, Unterschrift Patient/ Vertreter

✓

Unterschrift aufklärender Arzt

VATER: EINWILLIGUNG GEMÄSS § 8 U. 9 GENDIAGNOSTIKGESETZ (GenDG)

Eine Einwilligung des Probanden/Patienten nach GenDG wird benötigt.

Aufklärungs- und Einwilligungserklärung des Patienten entsprechend des GenDG liegt schriftlich vor
in eine Untersuchung ☐ bei sich ☐ bei der von mir betreuten Person

☐ Ja ☐ Nein

Ich wurde von meine(r/m) behandelnden Ärztin/Arzt ausführlich über den Umfang sowie über die Bedeutung der geplanten Untersuchung 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 Vorsorge-/Behandlung-/Therapie-Zwecken für die genannte Untersuchung verwendet werden darf. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache der Erkrankung angesehen werden können. Mir ist bekannt, dass in manchen Fällen keine eindeutige Antwort hinsichtlich einer genetischen Diagnose gegeben werden kann. 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 bis zur Kenntnisnahme auf mein Verlangen vernichtet werden müssen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Ich erkläre mich einverstanden mit (bei NICHT-Zustimmung bitte Nein ankreuzen):

der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes Kooperationslabor, sofern dies für die Analyse notwendig ist
der Aufbewahrung und Verwendung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus
der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial in pseudonymisierter Form für neue Diagnose Möglichkeiten und zur Qualitätssicherung
der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken
der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für zusätzliche zweckgebundene Untersuchungen (für max. 1 Jahr)
der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung meiner Angehörigen

☐ Nein
☐ Nein
☐ Nein
☐ Nein
☐ Nein
☐ 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 nicht 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).

Ich möchte über Zufallsbefunde informiert werden, falls diese nach aktuellem Wissenstand behandlungsrelevant für mich oder meine Familie sind.

☐ Ja ☐ Nein

Ich möchte über Zusatzbefunde informiert werden (nur beim Index-Patienten im Zuge einer Exom-Analyse).

☐ Ja ☐ Nein

Hinweis: Keine Auswahl wird als NEIN gewertet. Es besteht kein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Zufalls- bzw. Zusatzbefunde oder zukünftige Aktualisierung. Sollten keine Zufalls- bzw. Zusatz-befunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken. Im Zuge pränataler Analysen werden Zusatzbefunde nicht erhoben.

X

Name in DRUCKBUCHSTABEN Patient/ Vertreter

✓

Name in DRUCKBUCHSTABEN aufklärender Arzt

X

Ort, Datum, Unterschrift Patient/ Vertreter

✓

Unterschrift aufklärender Arzt

WEITERES FAMILIENMITGLIED: EINWILLIGUNG GEMÄSS § 8 U. 9 GENDIAGNOSTIKGESETZ (GenDG)

Eine Einwilligung des Probanden/Patienten nach GenDG wird benötigt.

Aufklärungs- und Einwilligungserklärung des Patienten entsprechend des GenDG liegt schriftlich vor
in eine Untersuchung ☐ bei sich ☐ bei der von mir betreuten Person

☐ Ja ☐ Nein

Ich wurde von meine(r/m) behandelnden Ärztin/Arzt ausführlich über den Umfang sowie über die Bedeutung der geplanten Untersuchung 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 Vorsorge-/Behandlung-/Therapie-Zwecken für die genannte Untersuchung verwendet werden darf. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache der Erkrankung angesehen werden können. Mir ist bekannt, dass in manchen Fällen keine eindeutige Antwort hinsichtlich einer genetischen Diagnose gegeben werden kann. 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 bis zur Kenntnisnahme auf mein Verlangen vernichtet werden müssen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Ich erkläre mich einverstanden mit (bei NICHT-Zustimmung bitte Nein ankreuzen):

der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes Kooperationslabor, sofern dies für die Analyse notwendig ist
der Aufbewahrung und Verwendung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus
der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial in pseudonymisierter Form für neue Diagnose Möglichkeiten und zur Qualitätssicherung
der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken
der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für zusätzliche zweckgebundene Untersuchungen (für max. 1 Jahr)
der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung meiner Angehörigen

☐ Nein
☐ Nein
☐ Nein
☐ Nein
☐ Nein
☐ 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 nicht 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).

Ich möchte über Zufallsbefunde informiert werden, falls diese nach aktuellem Wissenstand behandlungsrelevant für mich oder meine Familie sind.

☐ Ja ☐ Nein

Ich möchte über Zusatzbefunde informiert werden (nur beim Index-Patienten im Zuge einer Exom-Analyse).

☐ Ja ☐ Nein

Hinweis: Keine Auswahl wird als NEIN gewertet. Es besteht kein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Zufalls- bzw. Zusatzbefunde oder zukünftige Aktualisierung. Sollten keine Zufalls- bzw. Zusatz-befunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken. Im Zuge pränataler Analysen werden Zusatzbefunde nicht erhoben.

X

Name in DRUCKBUCHSTABEN Patient/ Vertreter

✓

Name in DRUCKBUCHSTABEN aufklärender Arzt

X

Ort, Datum, Unterschrift Patient/ Vertreter

✓

Unterschrift aufklärender Arzt