

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



Anforderungsschein 1: häufige genetische Erkrankungen

Einwilligungserklärung gemäß GenDG

Einsender Ansprechpartner Tel.

Kostenträger GKV (Ü-Schein bitte beifügen!) Privat versichert Selbstzahler

Informationen zum Patienten

Geschlecht weiblich männlich divers Ethnische Herkunft

Untersuchungsart **betroffen/diagnostisch** **prädiktiv/Anlageträgerschaft**

Eigenanamnese/Indikation

Familienanamnese

Genetische Vorbefunde vorhanden? (Eigene/Familienangehörige) nein ja (bitte barcodiert beilegen)

Gewünschte Analyse (bitte ankreuzen)

Gerinnung **EDTA** Faktor-V-Mutation und /oder Faktor-II-Prothrombin-Mutation PAI 4G/5G MTHFR-Polymorphismus

HLA **EDTA** HLA-B27 HLA gemäß Auftrag bitte eintragen:
 HLA-DQ2/DQ8 (Glutenintoleranz)
 HLA-B5701

Sonstiges **EDTA** Beta-Thalassämie: HBB¹ Laktoseintoleranz Andere¹ bitte Fragestellung / Gene eintragen:
Hämochromatose (Stufendiagnostik) Fruktoseintoleranz
 1. HFE-Hauptvarianten (HFE C282Y, H63D) DPYD-Varianten (vor 5-FU-haltiger Therapie)
 2. HFE-Panel: STW05 (FTL, HAMP, HFE, HJV, SLC40A1, TFR2, CP) Zystische Fibrose: STW06 (CFTR)
 Bestätigung der Probenidentität zu vorheriger Auftragsnummer:

Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Mit dieser Einverständniserklärung bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ausreichender Bedenkzeit gemäß Gendiagnostikgesetz mein Einverständnis mit der/den angeforderten genetischen Analyse/n und der dafür notwendigen Probenentnahme. Ich wurde über den Zweck der Untersuchung, die zu untersuchende Erkrankung und deren genetische Grundlage, sowie die Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der durchzuführenden Diagnostik in meinem speziellen Fall umfassend aufgeklärt. Ich bin mit der Befundübermittlung an die/ den anfordernde/n Ärztin/ Arzt und die von mir angegebenen Ärztinnen/ Ärzte einverstanden.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

Der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages** bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor nein

Der **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus nein

Der **Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials** für mögliche spätere Untersuchungen nein

Der **Verwendung des Untersuchungsmaterials** für Qualitätssicherung und wissenschaftliche Zwecke nein

Der **Verwendung der Untersuchungsergebnisse** für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern nein

Aufklärung zu Zusatzbefunden: In seltenen Fällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht mit der eigentlichen Fragestellung in Zusammenhang stehen, jedoch nach dem aktuellen Kenntnisstand eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben (in Anlehnung an die Empfehlungen der ACMG). Über diese Befunde möchte ich informiert werden (sofern keine Auswahl getroffen, wird »nein« angenommen).

ja nein

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden.

.....

Name, Vorname aufklärende(r) Ärztin/Arzt Ort, Datum Unterschrift aufklärende(r) Ärztin/Arzt* Unterschrift Patient(in)/gesetzlicher Vertreter(in)

*Im Fall einer **prädiktiven Diagnostik** bestätige ich als beauftragende(r) Ärztin/Arzt, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.