

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



0051002701

laborkrone

MVZ Labor Krone GbR
 Siemensstraße 40
 32105 Bad Salzuflen
 Telefon 05222 8076-0
 info@laborkrone.de
 www.laborkrone.de

Einwilligungserklärung zur Anforderung von genetischer Diagnostik gemäß GenDG

Einsender	Ansprechpartner	Tel.
Kostenträger	<input type="checkbox"/> GKV (Ü-Schein bitte beifügen!)	<input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Selbstzahler

Informationen zum Patienten

Geschlecht weiblich männlich divers Ethnische Herkunft

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

Bei primär prädiktiv bitte begründen, z. B. weil Indexfall nicht untersucht verstorben Indexbefund nicht verfügbar

Eigenanamnese/Indikation

Familienanamnese

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

Transplantationen (Knochenmark, Gewebe, Stammzellen, Blut) nein ja (bitte spezifizieren)

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 genetischen 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	<input type="checkbox"/> nein
Der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus	<input type="checkbox"/> nein
Der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials für mögliche spätere Untersuchungen	<input type="checkbox"/> nein
Der Verwendung des Untersuchungsmaterials für Qualitätssicherung und wissenschaftliche Zwecke	<input type="checkbox"/> nein
Der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern	<input type="checkbox"/> nein

Aufklärung zu Zusatz-/Zufallsbefunden

In seltenen Fällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht unmittelbar angefordert wurden, jedoch im Zusammenhang mit der übergeordneten Fragestellung stehen könnten. Ich wünsche die Mitteilung dieser **fragestellungsbezogenen Zusatzbefunde**.

ja nein

Vereinzelt können zufällig medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die unabhängig von der Fragestellung sind, jedoch nach aktuellem Kenntnisstand eine Behandlungskonsequenz für mich und meine Familie haben (in Anlehnung an die Empfehlung der ACMG). Ich wünsche die Mitteilung solcher **fragestellungsunabhängigen Nebenbefunde** (Zufallsbefund).

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

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

Arztstempel / Klinik bzw. Barcode

Barcode hier kleben!

<p>Kinderwunsch/ Aborte</p>	<p><input type="checkbox"/> Chromosomen¹ LI-HEPARIN</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombophilie/ habituelle Aborte¹ 2 × EDTA · 2 × CITRAT · 1 × SERUM</p> <p><input type="checkbox"/> FXPOI: <i>FMR1</i> EDTA</p> <p><input type="checkbox"/> POI-Panel: FER01 EDTA <i>BMP15, FSHR</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Azoospermie: <i>AZF1</i> EDTA</p> <p><input type="checkbox"/> Azoospermie obstruktiv/CBAVD: FER02 EDTA <i>CFTR, ADGRG2</i></p>
<p>Vorzeitige Wechseljahre (Stufendiagnostik)</p>		
<p>Gefäß- und Bindegewebs- erkrankungen</p>	<p><input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom: GBG01 <i>FBN1, ADAMTS2, FBN2, SMAD3, TGFB2, TGFB1, TGFB2</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ehlers-Danlos-Syndrom (klassisch): GBG02 <i>COL1A1, COL5A1, COL5A2</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ehlers-Danlos-Syndrom (vaskulär): GBG03 <i>COL3A1</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ehlers-Danlos-Syndrom (gesamt): GBG04 <i>COL1A1, COL1A2, COL3A1, COL5A1, COL5A2, ADAMTS2, B4GALT7, CHST14, FKBP14, FLNA, PLOD1, PRDM5, SLC39A13, TNXB, ZNF469</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Thorakales Aortenaneurysma: GBG05 <i>ACTA2, COL3A1, FBN1, MYH11, MYLK, SMAD3, TGFB2, TGFB1, TGFB2</i></p> <p><input type="checkbox"/> Zerebrale Mikroangiopathie: GBG06 <i>NOTCH3, APP, COL4A1, COL4A2, CTSA, GLA, HTRA1, MT-TL1, TREX1</i></p> <p><input type="checkbox"/> Morbus Osler¹: GBG07 <i>ACVRL1, ENG</i></p>
<p>Stoffwechsel/ Endokrinologie</p>	<p><input type="checkbox"/> MODY und Gestationsdiabetes: STW01 <i>GCK, HNF1A, HNF1B, HNF4A, PDX1, ABCC8, APPL1, BLK, CEL, INS, KCNJ11, KLF11, NEUROD1, PAX4</i></p> <p><input type="checkbox"/> Adipositas nicht-syndromal: STW02 <i>ADCY3, LEP, LEPR, MC3R, MC4R, PCSK1, POMC</i></p> <p><input type="checkbox"/> Familiäre Hypercholesterinämie: STW03 <i>APOB, LDLR, LDLRAP1, PCSK9, ABCG5, ABCG8, APOE, CYP27A1, LIPA, LIPC</i></p> <p><input type="checkbox"/> Hypertriglyceridämie/gemischte Lipidämie: STW04 <i>APOA5, APOC2, APOE, GPIHBP1, LMF1, LPL, ABCG5, ABCG8, APOB, CREB3L3, CYP27A1, GPD1, LDLR, LDLRAP1, PCSK9</i></p>	<p>Hämochromatose (Stufendiagnostik):</p> <p><input type="checkbox"/> HFE-Hauptvarianten <i>HFE C282Y, H63D</i></p> <p><input type="checkbox"/> Panel: STW05 <i>FTL, HAMP, HFE, HJV, SLC40A1, TFR2, CP</i></p> <p><input type="checkbox"/> Zystische Fibrose: STW06 <i>CFTR</i></p> <p><input type="checkbox"/> Multiple endokrine Neoplasie (MEN): STW07 <i>CDKN1B, MEN1, RET</i></p>
<p>Syndromale Erkrankungen</p>	<p><input type="checkbox"/> Chromosomen¹ LI-HEPARIN</p> <p><input type="checkbox"/> Array-Analyse¹</p> <p><input type="checkbox"/> Fragiles-X-Syndrom: <i>FMR1</i></p> <p><input type="checkbox"/> Einzelgene/Panel¹ <i>bitte Fragestellung/Gene eintragen:</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Prader-Willi-Syndrom</p> <p><input type="checkbox"/> Angelman-Syndrom</p> <p><input type="checkbox"/> Neurofibromatose Typ 1: SYN01 <i>NF1, SPRED1</i></p> <p><input type="checkbox"/> Neurofibromatose Typ 2/ Schwannomatose: SYN02 <i>LZTR1, NF2, SMARCB1, SPRED1</i></p> <p><input type="checkbox"/> Neurofibromatose gesamt: SYN03 <i>LZTR1, NF1, NF2, SMARCB1, SPRED1</i></p>
<p>Sonstiges</p>	<p><input type="checkbox"/> Andere¹ <i>bitte Fragestellung/Gene eintragen:</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Bestätigung der Probenidentität zu vorhandener Auftragsnummer:</p> <p>.....</p>

¹ggf. Weiterleitung an Partnerlabor