

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!

laborkrone

MVZ Labor Krone GbR

Prof. Dr. med. B. Dufaux
Dr. med. Dr. rer. nat. D. Münstermann

Siemensstraße 40
32105 Bad Salzuflen

Telefon 05222 8076-0
info@laborkrone.de
www.laborkrone.de

Einwilligungserklärung zur Anforderung genetischer Diagnostik gem. GenDG



0051002701

Einsender Ansprechpartner _____ Tel. _____

Informationen zum Patienten

Geschlecht weiblich männlich divers Ethnische Herkunft _____

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

Anamnese/Indikation _____

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

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

Gewünschte Analyse (bitte ankreuzen)

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

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

Kinderwunsch/Aborte **EDTA** Thrombophilie/habit. Aborte Chromosomen **LI-HEPARIN**
 Azoospermie (AZF/CBAVD)
 Vorz. Wechseljahre (FMR1/FSHR/BMP15)

Syndrome **EDTA** Array-Analyse Einzelgene/Panel:
 Fragiles-X-Syndrom (FMR1) _____
 Chromosomen **LI-HEPARIN** _____ (bitte Fragestellung/Gene eintragen)

Sonstiges **EDTA** Cystische Fibrose (CFTR) DPYD-Varianten (vor 5-FU haltiger Therapie)
 Beta-Thalassämie (HBB) Andere: _____
 Laktoseintoleranz
 Fruktoseintoleranz _____ (bitte Fragestellung/Gene eintragen)
 Hämochromatose (HFE)

Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz

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 den anfordernden Arzt und die von mir angegebenen Ärzte einverstanden. Ich erkläre mich einverstanden mit:

Der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor	<input type="checkbox"/> nein	<p>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).</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden.</p>
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	

Name, Vorname aufklärender Arzt

Ort, Datum

Unterschrift aufklärender Arzt

Unterschrift Patient(in)/gesetzlicher Vertreter(in)