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!

labor krone

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 gemäß GenDG

Einsender Ansprechpartner _____ Telefon _____

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

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

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

Sonstiges EDTA
- ☐ **Cystische Fibrose (CFTR)**
- ☐ **Beta-Thalassämie (HBB)**
- ☐ **Laktoseintoleranz**
- ☐ **Fruktoseintoleranz**
- ☐ **Hämochromatose (HFE)**
- ☐ **Andere:** _____ (bitte Fragestellung/Gene eintragen)

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 ☐ 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 aufklärender Arzt	Ort, Datum	Unterschrift aufklärender Arzt	Unterschrift Patient(in)/ gesetzlicher Vertreter(in)