



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Geschlecht: weiblich männlich

Dr. med. A. Schwarz
Fachärztin für Laboratoriumsmedizin

Dr. med. F. Wegner
Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Dr. med. S. Kettermann
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
Facharzt für Innere Medizin

Dr. med. L. Templin
Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Dr. rer. nat. M. Neumann
Dipl. Biologin

Dr. rer. nat. I. Neumann
Dipl. Biochemiker

Molekulargenetische Diagnostik

Privatpatienten/Selbstzahler Rechnung senden an Patient Einsender

Bei privat versicherten Personen ist dieses Formular mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung genügend.

Gesetzlich Versicherte

Bei gesetzlich Versicherten ist dieser Untersuchungsauftrag ausschließlich in Verbindung mit einem vollständig ausgefüllten „Laborauftragsschein Muster 10“ unter Angabe von Diagnose, Art der Untersuchung und der unterschriebenen Einwilligungserklärung gültig.

Auftrag/ Indikation - Verdachtsdiagnose:

Art der Untersuchung: kurativ prädiktiv pränatal

Untersuchungsmaterial:

- EDTA-Blut Li-Heparin-Blut
 Knochenmark gDNA
 Gewebe Schleimhautabstrich
 Andere:

Probenentnahmedatum:

Klinische Angaben/ Familienanamnese:

Indexpatient bekannt: nein ja; genetische Vorfunde vorhanden: ja nein

Patient selbst erkrankt: ja nein

Anlageträgerschaft: ja nein

Klinische Symptomatik:

Arztstempel und Unterschrift

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Das GenDG fordert für alle genetischen Untersuchungen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen, die nachstehenden Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären. Bitte lesen Sie die Einwilligungserklärung sorgfältig durch.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probenentnahme und zur Durchführung einer humangenetischen Untersuchung zur Abklärung der oben bezeichneten Fragestellung bzw. Genanalyse. Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und Tragweite der Analyse aufgeklärt. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt und ausschließlich auf diese Fragestellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu eventuellen anderen Krankheiten oder Erbanlagen. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Falls erforderlich, stimme ich einer Weiterleitung des Untersuchungsauftrages oder Teilen davon, falls erforderlich, an ein medizinisches Kooperationslabor zu.

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden. Bitte entscheiden Sie, ob und wie nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial verwendet werden darf.

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meine Ärztin/meinen Arzt, wissenschaftliche Zwecke und zur Qualitätssicherung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form bis auf Widerruf aufbewahrt und verwendet werden kann. ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden dürfen ohne darauf Anspruch zu erheben. ja nein

Prinzipiell können bei allen Untersuchungstechniken Ergebnisse auftreten, die nicht mit der eigentlichen Fragestellung im direkten Zusammenhang stehen, aber trotzdem von medizinischer Bedeutung für Sie oder Ihre Angehörigen sein können (sog. Zufallsbefunde). Ich bin damit einverstanden, dass ich über Zufallsbefunde mit klinischer Relevanz für mich oder meine Angehörigen informiert werde. ja nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift verantwortliche(r) Ärztin/Arzt