

Patientendaten (ggf. Aufkleber):	Bitte senden an: Dr. med. Eun Kyung Suk Prof. Dr. med. Gundula Kadgien* Prof. Dr. med. Sigrid Tinschert* Fachärztinnen für Humangenetik Friedrichstraße 147, 10117 Berlin Telefon: 030/76 90 38 20 Telefax: 030/76 90 38 21 (* angestellte Ärztin) www.humangenetik-berlin.de
---	---

Anforderung molekulargenetische Analyse	Labor-Nr.:
--	------------

Arzt/Ärztin und Einrichtung <i>Bitte in Druckschrift o. Stempel</i> Name, Vorname: Einrichtung: Adresse: Tel-Nr. /Fax-Nr.	Angaben zur Abrechnung Stationär: <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> privat versichert Ambulant: <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> privat versichert (bitte Ü-Schein 10) <input type="checkbox"/> Selbstzahler
---	--

Untersuchungsmaterial <input type="checkbox"/> EDTA-Blutprobe <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> pränatal (<i>zusätzlich EDTA der Kindsmutter erforderlich</i>)	Entnahmedatum:
---	----------------

Angaben zum Patienten/zur Patientin <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> Index (erkrankt) <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> Anlageträger/Überträger <input type="checkbox"/> Angehörige/r eines Patienten unserer Praxis <i>(bitte Name der bei uns untersuchten Person angeben)</i>	Ethnische/Geographische Herkunft (falls relevant):
--	--

Indikation (Verdachts-)Diagnose:	<input type="checkbox"/> prädiktiv <input type="checkbox"/> diagnostisch
Klinische Angaben, ggf. Familienanamnese:	
Ergebnis Voruntersuchungen: (ggf. Befundkopie beilegen)	

Angeforderte Untersuchungen Erkrankung oder Gen(e):	<input type="checkbox"/> Stufendiagnostik <input type="checkbox"/> NGS-Paneldiagnostik
Andere Untersuchungen (nach tel. Rücksprache):	

Einverständnis des Patienten / (gesetzlichen) Vertreters gemäß GenDG zur Durchführung der angeforderten Untersuchung erforderlich ! (alternativ Kopie einer gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Probenentnahme. Ich bin einverstanden mit

• Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung für ggf. eine spätere Diagnostik u./o. Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 950 BGB.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
• Speicherung der Befunde und ggf. Nutzung in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
• Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus, um ggf. für weitere Familienmitglieder zur Verfügung zu stehen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
• Weiterleitung des Auftrages an ein kooperierendes medizinisches Labor.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
• Mitteilung von Zufallsbefunden, soweit diese zu gesundheitsrelevanten Maßnahmen führen könnten (nach GenDG keine Mitteilung von spätmanifesten Erkrankungen).	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum	Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter	Stempel und Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person
------------	--	--