



Patient / Ratsuchender (ggf. Aufkleber)

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich
Telefonnummer: _____
Krankenkasse (GKV/PKV): _____
E-Mail-Adresse: _____

Einsender (ggf. Stempel)

Name / Adresse / Telefon / Fax / Unterschrift

Angaben zur Probe (mind. beschriftet mit Name, Vorname, Geburtsdatum)

- ☐ EDTA-Blut → Molekulargenetik (mind. 5 ml; bei Neugeborenen 2 ml)
☐ NH₄ Li Heparin-Blut → Zytogenetik (mind. 5 ml; bei Neugeborenen 1 ml)
☐ Mundschleimhaut
☐ DNA
☐ Sonstiges: _____
☐ Fruchtwasser/Chorionzotten → Schwangerschaftswoche _____
Entnahmedatum: ☒ Uhrzeit: _____ Arzt/MFA: _____
Eingangsdatum: ☒ Uhrzeit: _____ Arzt/MFA: _____

Kostenträger

- ☐ GKV-Patient, ambulant
Überweisungsschein Muster 06 oder Muster 10 (nur Labor) bitte beilegen
(Humangenetische Analysen aus EBM Kapitel 11 belasten nicht den Wirtschaftlichkeitsbonus oder das Laborbudget.)
☐ privat/Selbstzahler
(erst nach Kostenübernahmeerklärung gemäß Kostenvorschlag)
☐ stationär
(erst nach Leistungsübernahmeerklärung durch die Station)

Angaben zum Patienten Patient erkrankt: ☐ Ja ☐ Nein → ☐ prädiktive Diagnostik* (Untersuchung zweier unabhängiger Proben erforderlich!)
→ ☐ Schwanger → Schwangerschaftswoche _____

(Fachgebundene) Genetische Beratung erfolgte am: _____ Arzt: _____ geplant für: _____ Arzt: _____

Untersuchungsauftrag / Indikation (Vorbefunde bitte angeben/beilegen, bei Fragen zur Laboranforderung: Tel.: +49 6131 17 5850)

Pflichtfeld!

Anamnese/klinische Fragestellung/Symptome/Verdachtsdiagnose: ☒

für weitere Angaben bitte Seite 5 verwenden

Einwilligung zur genetischen Untersuchung nach Gendiagnostikgesetz

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) bin ich mit den genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderung bzw. zur Klärung der obengenannten klinischen Fragestellung und der dafür erforderlichen Probenentnahme einverstanden. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissensstand als Ursache der Erkrankung angesehen werden können.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten und die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, ausgewertet und ggf. in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert und der Untersuchungsauftrag oder Teile davon, falls erforderlich, an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden. Ich willige ein, dass alle erhobenen Daten in der Humangenetik der Universitätsmedizin Mainz elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Die Ergebnisse der genetischen Untersuchung/Analyse werden gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person (aufklärender Arzt, s.u.) mitgeteilt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse außerdem der beauftragenden ärztlichen Person (bei gesetzl. versicherten Patienten d. Arzt lt.

Überweisungsschein) übermittelt werden. (Keine Auswahl wird als NEIN gewertet)

☐ Ja ☐ Nein

* Prädiktive Diagnostik darf gemäß GenDG nur durch Fachärzte/-innen für Humangenetik oder andere Ärzte/-innen, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben, beauftragt werden (GenDG, §7,1). Im Falle prädiktiver genetischer Diagnostik bestätige ich als behandelnde(r) Arzt/Ärztin, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.

Ich erkläre mich einverstanden mit: (Keine Auswahl wird als NEIN gewertet)

- der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern ☐ Ja ☐ Nein
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus ☐ Ja ☐ Nein
- der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in pseudonymisierter Form zur Qualitätssicherung und zu wissenschaftlichen Zwecken ☐ Ja ☐ Nein

Aufklärung zu Zufallsbefunden: In seltenen Einzelfällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit der oben genannten klinischen Fragestellung stehen, die aber nach aktuellem Wissensstand eine klinische Relevanz für mich oder meine Familie haben. Über derartige Zufallsbefunde möchte ich informiert werden. ☐ Ja ☐ Nein
(Keine Auswahl wird als NEIN gewertet).

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Name, Vorname aufklärender Arzt

Ort, Datum

☒
Unterschrift aufklärender Arzt

☒
Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter