

Krankenkasse bzw. Kostenträger



Universitätsklinikum Essen
MVZ – Ambulante Versorgung am Universitätsklinikum Essen
Bereich Humangenetik
Hufelandstr. 55, 45122 Essen
Tel. (0201) 723 4561 Fax (0201) 723 5900
Email: mvz.humangenetik@uk-essen.de
in Kooperation mit dem Institut für Humangenetik
Direktor: Prof. Dr. B. Horsthemke

Name, Vorname, Adresse des Patienten geb. am
Geschlecht: □ männl./ □ weibl.
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Kostenträger

Table with 3 columns: Privatpatient Rechnung an: (□ Patienten, □ Einsender), Gesetzlich versicherter Patient (Genetische Untersuchungen fallen grundsätzlich nicht unter das Laborbudget) (□ Überweisungsschein 10 liegt bei, □ stationär, Abrechnung über Klinik), Patient stationär am UKE (□ Interne Abrechnung)

Auftrag zur genetischen Diagnostik (Formular für Zusender)

Material (□ EDTA-Blut □ DNA, □ Heparin-Blut, □ Mundschleimhautabstrich, □ Fibroblasten, □ sonstiges:), Probeentnahme am:, durch:
Angaben zum Patienten (Klin. Diagnose/Symptome/Befunde)
Familienanamnese
Gibt es genetische Voruntersuchungen des Patienten / in der Familie? Welche? (bitte Befunde beifügen!)
Einsendende Klinik/Arzt (Stempel und Telefon-Nr.)

BITTE ANKREUZEN (alle hier aufgeführten Untersuchungen werden in unserem Labor durchgeführt)

Imprinting-Erkrankungen
(5-10 ml EDTA-Blut für alle DNA-Analysen, bei Neugeborenen und Kleinkindern mindestens 1 ml, ungekühlter Versand am Entnahmetag)
□ Angelman-Syndrom
□ Beckwith-Wiedemann-Syndrom
□ Prader-Willi-Syndrom
□ Silver-Russell-Syndrom
□ Temple-Syndrom (upd(14)mat-Syndrom)
□ Kagami-Ogata-Syndrom (upd(14)pat-Syndrom)
□ transienter neonataler Diabetes mellitus
Die Untersuchung ist: □ diagnostisch □ prädiktiv □ vorgeburtlich

Zytogenetik (Chromosomenanalyse) u. molekulare Zytogenetik (5 ml Heparin-Blut, bei Neugeborenen 2 ml, ungekühlter Versand am Entnahmetag)
□ Down-Syndrom
□ Habituelle Aborte
□ Klinefelter-Syndrom
□ Turner-Syndrom
□ unklares Dismorphie-Syndrom
□ sonstiges:
.....

Einwilligung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung (DNA-Diagnostik, Gendiagnostik)

Ich bin nach ausreichender Aufklärung und angemessener Bedenkzeit damit einverstanden, dass bei
□ mir selbst □ meinem Kind □ der von mir betreuten Person

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

im Hinblick auf _____

eine genetische Untersuchung an einer Blut- bzw. Gewebeprobe durchgeführt wird.

Ich hatte während des Aufklärungsgesprächs ausreichend Gelegenheit, offene Fragen mit dem beratenden Arzt zu besprechen.

Ich habe verstanden, dass bei manchen Untersuchungsmethoden (z.B. Chromosomenanalyse) Nebentbefunde auftauchen können, die mit der eigentlichen Fragestellung nicht im Zusammenhang stehen, jedoch evtl. für mich oder meine Angehörigen relevant sein könnten. Ich möchte über solche Zufallsbefunde informiert werden □ ja □ nein

Im Regelfall sollte die Probe nach Gendiagnostikgesetz unverzüglich nach Durchführung der oben angeforderten genetischen Diagnostik vernichtet werden. Um eine erneute Blutentnahme für spätere diagnostische Untersuchungen zu vermeiden, darf die Blutprobe nach Ihrer schriftlichen Einwilligung aufbewahrt werden. Für weitere diagnostische Untersuchungen ist dann aber eine erneute schriftliche Einverständniserklärung erforderlich. Überschüssiges Probenmaterial kann nach Ihrer schriftlichen Einwilligung auch für anonyme Qualitätskontrollen und/oder zu Forschungszwecken in unserem Labor verwendet werden. Für Forschungszwecke erhalten Sie ggf. eine gesonderte Einverständniserklärung.

Das Probenmaterial □ soll aufbewahrt werden: für spätere diagnostische Zwecke □ ja □ nein
für interne Qualitätskontrollen □ ja □ nein
für Forschungszwecke (s.o.) □ ja □ nein
□ soll nach Abschluss der Untersuchung vernichtet werden

Im Regelfall werden die Ergebnisse genetischer Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz nach 10 Jahren vernichtet. Da diese Ergebnisse jedoch von größter Bedeutung für die untersuchte Person bzw. deren Angehörigen sein können, können nach Einwilligung von Ihnen die Akten auch länger aufbewahrt werden.

Die Befunde der genetischen Untersuchungen □ sollen nach 10 Jahren vernichtet werden.
□ sollen anstelle der Vernichtung gesperrt werden

Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten/Ergebnisse in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften veröffentlicht werden. □ ja □ nein

Mir ist bekannt, dass ich die erteilten Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/Vertreters Name, Vorname in Druckbuchstaben (falls abweichend v. Pat.)
Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden u. ich beauftrage Sie mit der Durchführung der o.g. Untersuchungen.

Ort, Datum Unterschrift des Arztes Name der verantwortlichen ärztlichen Person (in Druckbuchstaben bzw. Stempel)