

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapps.
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		



Genetische Beratung und Humangenetische Labore
im Pränatalzentrum Hamburg und Humangenetik

Altonaer Straße 61-63 | D-20357 Hamburg

Tel. 040 - 432 926-40 | Fax 040 - 432 926-41

www.dna-diagnostik.hamburg | info@dna-diagnostik.hamburg

Kasse (Labor- Überweisungsschein) ambulant
 privat Selbstzahler stationär

Faxbefund an Nummer _____

Telefonnummer der Pat.: _____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, einen Überweisungsschein des/der betreuenden Frauenarzt/ärztin einzureichen oder mit meiner Versichertenkarte die Gemeinschaftspraxis für Humangenetik zur Befundübermittlung aufzusuchen, damit die Kostenübernahme der Diagnostik gewährleistet ist.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____ Telefonnummer: _____

Anforderungsschein zur pränatalen Diagnostik

Aufklärungs- und Einwilligungserklärung des/der Patienten/in entsprechend des GenDG liegt schriftlich vor ja nein

Eine Einwilligung des/der Probanden/in/Patienten/in nach GenDG wird benötigt.

EINWILLIGUNG NACH GENDIAGNOSTIKGESETZ

in eine Untersuchung bei sich bei dem eigenen Kind bei der von mir gesetzlich betreuten Person

Ich wurde von meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt ausführlich über den Umfang sowie über die Bedeutung der geplanten Untersuchung (siehe Vorderseite) aufgeklärt. Ich wurde über mögliche gesundheitliche Risiken, die mit der Kenntnis des Untersuchungsergebnisses sowie Risiken, die mit der Gewinnung der Probe verbunden sein können, aufgeklärt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Probe nur zu diagnostischen Zwecken für die o.g. Untersuchung verwendet werden darf. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache meiner Erkrankung angesehen werden können. Mir ist bekannt, dass in manchen Fällen keine eindeutige Antwort hinsichtlich einer genetischen Diagnose gegeben werden kann. Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet und ausgewertet werden. Mir ist bekannt, dass eventuell entstehende Daten mit dem Analyseverfahren "Next Generation Sequencing" nur bis zu einem Jahr aufbewahrt werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung an folgende Ärzte / Personen weitergeleitet werden dürfen:

(Name und Anschrift) _____

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

der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrags** an ein spezialisiertes Kooperationslabor, sofern dies für die Analyse notwendig ist. Ja Nein
 der **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus. Ja Nein
 der **Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial** in verschlüsselter Form für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Qualitätssicherung. Ja Nein
 der **Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen** in verschlüsselter Form zu wissenschaftlichen Zwecken. Ja Nein
 der **Verwendung der Untersuchungsergebnisse** für die Beratung und Untersuchung meiner Angehörigen. Ja Nein

Aufklärung zu Zusatzbefunden nach Empfehlung des American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG): bei Beantwortung der vorliegenden klinischen Fragestellung können sich im Rahmen der genetischen Diagnostik in seltenen Fällen klinisch relevante **Zusatzbefunde** ergeben, die nicht mit der vorliegenden klinischen Fragestellung in Zusammenhang stehen, die aber zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko führen und bei deren Kenntnis die damit verbundenen Erkrankungen besser und früher behandelt werden können. Hierdurch ergibt sich ein besonderer Nutzen für mich als untersuchte Person und meine Familienangehörigen.

Ich möchte über diese **Zusatzbefunde** informiert werden. Ja Nein

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann und dass ich ein Recht auf Nichtwissen meiner Untersuchungsergebnisse habe und diese auf mein Verlangen vernichtet werden müssen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Name in DRUCKBUCHSTABEN Patient/in/ gesetzlicher/e Vertreter/in

Name in DRUCKBUCHSTABEN aufklärende/r Ärztin/Arzt

Ort, Datum, Unterschrift Patient/in/ gesetzlicher/e Vertreter/in

Unterschrift aufklärende/r Ärztin/Arzt

Untersuchungsmaterial:

- Fruchtwasser (ca. 15 ml)
- Chorionzotten (ca. 30 mg)
- Fetalblut (Heparin-Blut, mind. 0,5 ml)
- _____
- mütterliches EDTA-Blut (2 ml) zum Ausschluss einer maternalen Kontamination

Angeforderte Untersuchung:

- Chromosomenanalyse
- AFP im Fruchtwasser
- ACHE im Fruchtwasser
- Schnelltest erwünscht**
(Ausschluss Trisomie 13, 18, 21)

Erweiterte Diagnostik:

- Molekulargenetische Diagnostik:

- Array-CGH (Selbstzahlerleistung, unterschriebene Kostenübernahmeerklärung notwendig!)

Datum Materialentnahme: _____

(Lagerung bis zum Versand bei Raumtemperatur; die Probe bitte ankündigen und zügigen Probentransport veranlassen unter 040 432 926 40 8:00-17:00 Uhr)

Frühere Schwangerschaften:

Zahl der Geburten: _____ Fehlgeburten: _____
vorangehende Trisomien: nein ja welche: _____

Jetzige Schwangerschaft:

Indikation: _____

1. Tag d. l. Periode: _____ SSW Ultraschall: _____ SSW rechnerisch: _____

Materialmenge: _____ Farbe: klar blutig altblutig

Mehrlingsschwangerschaft: ja nein

Besonderheiten: _____

Geschlechtsmitteilung: ja nein

Absender:

ggf. Adresse Überweisender Arzt

Tel: _____ Fax: _____