AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapps.

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

☐ weiblich ☐ männlich
☐ Kasse (Labor- Überweisungsschein) ☐ **ambulant**
☐ privat ☐ Selbstzahler ☐ **stationär**

GEMEINSCHAFTSPRAXIS
FÜR HUMANGENETIK & GENETISCHE LABORE
DRES. PETERS | KLEIER | PREUSSE

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

Praxis-/Klinikstempel

Telefonnummer der Pat: _____ ☐ **Cito** ☐ **Faxbefund an Nummer** _____

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

Ort, Datum:_____ **Unterschrift:**_____

Anforderungsschein zur postnatalen Diagnostik bei Kinderwunsch und habituellen Aborten

EINWILLIGUNG NACH GENDIAGNOSTIKGESETZ

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

Aufklärungs- und Einwilligungserklärung des/der Patienten/in entsprechend des GenDG liegt schriftlich vor ☐ **ja** ☐ **Nein**

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 Folgeseiten) 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. 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.

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

(Name und Anschrift)_____

(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** anonymisiert für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Qualitätssicherung.	☐ Ja	☐ Nein
der **Aufbewahrung von anonymisiertem Untersuchungsmaterial/Ergebnissen** zu wissenschaftlichen Zwecken.	☐ Ja	☐ Nein
der **Verwendung der Untersuchungsergebnisse** für die Beratung und Untersuchung meiner Angehörigen.	☐ Ja	☐ Nein

Aufklärung zu Zusatzbefunden: bei Beantwortung der vorliegenden klinischen Fragestellung können im Rahmen der genetischen Diagnostik in seltenen Einzelfällen medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit der oben genannten klinischen Fragestellung stehen, die aber nach aktuellem Wissenstand (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben. Es besteht kein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Zusatzbefunde oder zukünftige Aktualisierung. Sollten keine Zusatzbefunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken.

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

_____ _____
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

Indikation: _____

Datum Materialentnahme: _____

Cytogenetische Diagnostik aus Heparinblut (5-8 ml NH_4- oder Li-Heparin- Monovette)

Untersuchung:

- ☐ Cytogenetische Chromosomenanalyse*
- ☐ FISH Diagnostik – Molekulare Zytogenetik*

Molekulargenetische Diagnostik aus EDTA- Blut (2 ml Monovette)

Untersuchung:

Weibliche Reproduktionsgenetik

- ☐ Adrenogenitales Syndrom
  1. ☐ *CYP21A2* 2. ☐ *HSD3B2, CYP11B1, CYP17A1*
- ☐ FSH-Rezeptor-Defizienz *(FSHR)**
- ☐ Fragiles X-Syndrom (*FMR1*-Gen - Fremdlaboranalyse)
- ☐ 0090 Ovarialinsuffizienz, prämature, POI (Panel Stufe 1)
- ☐ Thrombophilie
  - ☐ Faktor V Leiden ☐ Prothrombin
  - ☐ 0061 Thrombophilie (Panel Stufe 1)
- ☐ Andere:

Männliche Reproduktionsgenetik

- ☐ Androgen-Insensitivitäts-Syndrom (*AR, SRD5A2*)*
- ☐ Azoospermiefaktor (AZF)
- ☐ CBAVD/CUAVD-Stufendiagnostik
  1. ☐ *CFTR* (häufige Mutationen)
  2. ☐ 0033 *CFTR* vollständige Analyse
- ☐ 0038 Kallmann-Syndrom (Panel Stufe 1)

*Nicht im Akkreditierungsumfang enthalten