



Humangenetik
Dr. med. Imma Rost
Dr. med. Konstanze Hörtnagel

Laboratoriumsmedizin
Dr. med. Kerstin Püllmann
Dr. med. Hanns-Georg Klein

Transfusionsmedizin
Dr. med. Kaimo Hirv
Dr. med. H.-G. Klein (komm.)

Pathologie
Prof. Dr. med. Barbara Dockhorn-Dworniczak
Prof. Dr. med. László Füzési

Mikrobiologie / Virologie
Dr. med. Hartmut Campe
Dr. med. Hanns-Georg Klein

Pränataldiagnostik

Name, Vorname (Pat.) _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____

Kostenträger (bitte unbedingt angeben)

GKV (gesetzlich versichert)
Humangenetik: Laborschein 10 mit Diagnose/ICD 10, gewünschte Untersuchung und unterschriebene Einwilligung gem. GenDG erforderlich.
Pathologie: Überweisungsschein Muster 6, *keine* Einwilligung erforderlich.
 ambulant
 stationär*, Rechnung an Klinik stationär*, Rechnung an Einsender
 PKV* (privat versichert) ambulant stationär
 Selbstzahler* Rechnung an Patient Rechnung an Einsender[§]
 *Zur vorherigen Abklärung der Kostenübernahme durch den Kostenträger erstellen wir gerne eine Kosteninformation nach GOÄ (ggf. bitte ankreuzen), § in Ausnahmefällen

Auftrag/Indikation - Diagnose/Verdacht

Verantwortliche Ärztliche Person (GenDG)

Stempel, Telefon- und Faxnummer, Unterschrift

Untersuchungsmaterial (Art, Menge, ggf. Entnahmezeitpunkt)

Weitere Befundempfänger (nur mit schriftlicher Einwilligung des Patienten, s. Rücks.)

Hinweis: Unbeschriftetes Material muss verworfen werden!

Entnahmedatum: _____
Schwangerschaftswoche: _____
Anzahl bisheriger Schwangerschaften: _____
Bisherige Geburten: _____
Besonderheiten dieser Schwangerschaft: _____
Blutgruppe: _____ Rhesus Faktor pos. neg.

Geschlechtsmitteilung: ja nein
Sonstiges:

Fahrdienstabholung (Sonderfahrt) : am _____ um _____ Uhr
Um eine kostenlose Abholung (Sonderfahrt) zu bestellen, faxen Sie uns bitte dieses Formular an folgende Faxnummer: +49 89 895578-780

Untersuchungsmaterial:

Fruchtwasser (10-20 ml, steril)
 Chorionzotten (10-30 mg, steril)
 Plazentazotten (10-30 mg, steril)
 Nabelschnurblut (0,5 ml, steril, Heparin)
 Sonstiges _____
 Abortdiagnostik (sterile 0,9 % NaCl- oder Hanks'sche Lösung)

Gewünschte Untersuchungen

Klassische Chromosomenanalyse (Karyogramm)
 AFP-Bestimmung F
 AChE-Bestimmung F
 FISH-Schnelltest (keine Kassenleistung)
 Molekulargenetik
 Stoffwechselfeldiagnostik
 Sonstiges _____

**Steriles Transportmedium stellen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
Die Anmeldung von Untersuchungen per Fax erleichtert uns die Planung.**

F werden in einem kompetenten Kooperationslabor durchgeführt.

Indikation/Diagnose/Verdacht

Mütterliches Alter: _____
 Sonographische Auffälligkeiten: _____
 Auffälliges Ersttrimesterscreening (Risiko 1: _____)
 Chromosomenstörung bei einem Elternteil: _____
 Chromosomenstörung/Fehlbildung in vorheriger Schwangerschaft: _____
 Chromosomenstörung/Fehlbildung in der Familie: _____
 Kind mit angeborenen Fehlbildungen: _____
 Monogene Erkrankung in der Familie: _____
 Sonstiges: _____





Genetische Beratung

Dr. med. Imma Rost (Ltg.) Prof. Dr. med. J.-U. Walther Dr. med. D. Wahl Dr. med. L. Peterson (Ä.i.WB)
Dr. med. K. Hörtnagel Dr. (Univ. Verona) M. Cohen Dr. med. F. Maier (Ä.i.WB)

Zytogenetik:

Dipl.-Biol. Uwe Heinrich
Dipl.-Biol. Eva-Maria Krimmel

Molekulargenetik:

Dr. rer. nat. Christoph Marschall
Dr. rer. nat. Karin Mayer

Symbole

weiblich	männlich
nicht betroffen	nicht betroffen
betroffen	betroffen
verstorben	verstorben
Überträger	Überträger
Geschlecht nicht festgestellt	Schwangerschaft
Spontanabort	Schwangerschaftsabbruch
Eineiige Zwillinge	Zweieiige Zwillinge
Indexpatient	Infertilität

Klinische Angaben / Stammbaum (bitte verwenden Sie die nebenstehenden Symbole)

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) - gilt nur für Untersuchungen zur Feststellung genetischer (erblicher) Eigenschaften

Das GenDG fordert für genetische Untersuchungen eine ausführliche **Aufklärung** und eine schriftliche **Einwilligung** sowie vor prädiktiven (bei Gesunden) und vorgeburtlichen Analysen zusätzlich eine **genetische Beratung**. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen, nachstehende Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären. Bitte nehmen Sie Streichungen vor, falls Sie einzelnen Punkten nicht zustimmen wollen.

Mit meiner nachstehenden Unterschrift erkläre ich, dass ich

- von meinem behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung gemäß GenDG aufgeklärt wurde,
- ausreichend Gelegenheit hatte, offene Fragen zu besprechen,
- mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial (Blut, Gewebe, bei Pränataldiagnostik Chorionzotten bzw. Fruchtwasser) einverstanden bin,
- mit der Durchführung der **genetischen Untersuchung** zur Klärung der in Frage stehenden **Indikation/Diagnose/Verdacht** _____ einverstanden bin,
- mit der Auswertung zusätzlicher Gene der gleichen Indikationsgruppe im Rahmen der Forschung einverstanden bin,
- mit der Aufbewahrung des verbleibenden **Probenmaterials** nach Abschluss der Untersuchung einverstanden bin, jedoch keinen Anspruch auf Aufbewahrung erhebe,
- mein **Probenmaterial** und ggf. die DNA-Sequenzinformation anonymisiert für die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen zur Verfügung stelle,
- keine Einwände gegen eine Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Publikationen habe,
- der Aufbewahrung der **Untersuchungsergebnisse** über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von 10 Jahren hinaus zustimme, jedoch keinen Anspruch darauf erhebe,
- der **Weiterleitung** des Untersuchungsauftrags oder Teilen davon - falls erforderlich - an ein medizinisches Kooperationslabor zustimme,
- damit einverstanden bin, dass die Befunde der Untersuchung(en) auch an weitere, nachfolgend benannte Ärzte geschickt werden:

Dr(s). med. _____
Name PLZ / Ort Straße

Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass

- ich die Analyse jederzeit stoppen und die Vernichtung der bis dahin erzielten Ergebnisse verlangen kann,
- ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann,
- ich die bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs entstandenen Kosten in vollem Umfang übernehme,
- ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (**Recht auf Nichtwissen**),
- die genetische Untersuchung und Begutachtung sich nur auf die angeforderte Indikation bezieht und keine Aussagen über andere Erkrankungen getroffen werden,
- bei **Duo/Trio/Quattro-Analysen** (große Panels, Exome, Genome) die Analyseergebnisse *nicht Betroffener* nur zur Validierung von Varianten des Indexpatienten dienen,
- in seltenen Fällen klinisch relevante **Zusatzbefunde** auftreten können, die nicht in Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, jedoch für mich und/oder meine Familienangehörigen eine Behandlungskonsequenz haben. Ich erhebe keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von Zusatzbefunden.

Wichtig: Mitteilung von Zusatzbefunden mit therapeutischer oder prophylaktischer Relevanz, die zufällig oder im Rahmen der Forschung gefunden wurden

Ja, ich wünsche die Mitteilung von Zusatzbefunden Nein, ich wünsche keine Mitteilung von Zusatzbefunden (keine Auswahl wird als "Nein" gewertet)

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) oder gesetzlicher Vertreter

Unterschrift verantwortliche Ärztliche Person