



**Humangenetik**

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

**Laboratoriumsmedizin**

Dr. med. Hanns-Georg Klein  
Prof. Dr. med. Georg Hoffmann

**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

**NGS-Panel-Diagnostik**

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<sup>§</sup>
- \*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, siehe Rückseite)**

**Hinweis:** Unbeschriftetes Material muss verworfen werden!

**Panel:**

**Gene:**

**Klinische Angaben**

Molekular-, Neuro-, Stoffwechselfenetik

Pharmakogenetik  
Nurgenetik

Abstammungsanalyse  
Forensik

Zytogenetik  
Pränatal/postnatal

Reproduktionsgenetik  
PKD/PID

Molekulare Onkologie  
Pathologie

Immunogenetik  
Immundefekte

Immunbiologie  
Klinische Chemie

Molekulare Mikrobiologie/  
Virologie





**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)

**Symbole**

|                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| <b>weiblich</b>               | <b>männlich</b>         |
| 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 **X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patient(in) oder gesetzlicher Vertreter Unterschrift verantwortliche Ärztliche Person