





**Genetische Beratung**

Dr. med. Imma Rost (Ltg.) Dr. med. Sandra Wilson  
Dr. (Univ. Verona) Monika Cohen Dr. med. Dagmar Wahl

**Pharmako-/Nutrigenetik**

Dipl.-Biol. Birgit Busse  
Dr. med. Hanns-Georg Klein

**Häufige Nahrungsmittelunverträglichkeiten und deren Auslöser, bei denen eine nutrigenetische Untersuchung indiziert sein kann:**

**Lactose-Intoleranz: Lactose-haltige Nahrungsmittel (Auswahl)**

Backwaren (Milchbrötchen/Zwieback)  
Lactose als Trägerstoff (z.B. Arzneimittel)  
Milchprodukte (Sahne, Quark, Streichkäse, Frischkäse, Joghurt)  
Milchzucker  
Süßwaren (Kuchen, Schokolade, Pudding)

**Fructose-Intoleranz: Fructozucker-haltige Nahrungsmittel (Auswahl)**

Fruchtsäfte  
Fructose als Arzneibestandteil  
Gemüsesorten (Zwiebeln, grüne Bohnen, Karotte)  
Honig  
Inulin  
Obst  
Sorbit  
Zuckerarten (Invertzucker, Haushaltszucker, Fructozucker)

**Alkohol-Intoleranz: Alkohol-haltige Nahrungsmittel (Auswahl)**

Backwaren (z.B. Torten, Krapfen)  
Getränke (z.B. Fruchtsäfte, AlkoPops, Malzbier, Spirituosen)  
Konfitüren (z.B. Sauerkirschen-, Marillen-, Zwetschkenkonfitüre)  
Medikamente (z.B. Hustensäfte, homöopathische Lösungen)  
Speisequarkzubereitung (z.B. Zitronencreme, Rote Grütze)  
Süßwaren (z.B. Pralinen, Cremeschneitten, Schokoriegel)

**Favismus**

Favabohne  
Medikamente (Auswahl)  
Co-trimoxazol (Chemotherapeutikum)  
Dapson (Chemotherapeutikum)  
Metamizol (Analgetikum)  
Naphthalin (Benzolderivat, Mottenmittel)  
Nitrofurantoin (Chemotherapeutikum)  
Sulfacetamid (Sulfonamid)  
Sulfamerazin (Sulfonamid)

**Zöliakie: Glutenhaltige Nahrungsmittel (Auswahl)**

Backwaren (Brot, Kuchen, Plätzchen, Knabbergebäck)  
Getreidesorten (Weizen, Hafer, Gerste, Roggen)  
Gliadin (Weizenkleber)  
Fertigzutaten (Instandsuppe, Würzmischung)  
Käsesorten (Blauschimmelkäse)  
Teigwaren (Nudeln, Spätzle)  
Süßspeisen/-waren

**Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das GenDG fordert für alle genetischen Untersuchungen eine ausführliche **Aufklärung** und eine schriftliche **Einwilligung** sowie vor prädiagnostischen (bei Gesunden) und vorgeburtlichen Analysen zusätzlich eine **genetische Beratung**. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen, die nachstehenden Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären. **Bitte lesen Sie die Einwilligungserklärung sorgfältig durch** und nehmen 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 **Erkrankung/Störung/Verdachtsdiagnose(n)**

\_\_\_\_\_ einverstanden bin,

Untersuchung / Verdachtsdiagnose

- im Zusammenhang mit der o.g. Indikation - falls erforderlich - mit einer parallelen Untersuchung mehrerer Gene mittels „Next Gen Sequencing“ 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:

Frau/Herrn Dr. 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,
- mir nur die bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden,
- 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in) oder gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift verantwortliche Ärztliche Person