

## Einsendeschein Genetische Untersuchung gemäß GenDG

Patientendaten (ggf. Aufkleber)
Name, Vorname:
geb. am:
Straße:
PLZ, Ort:

**LADR MVZ Dres. Bachg, Haselhorst & Kollegen  
Recklinghausen GbR**

Berghäuser Str. 295 | 45659 Recklinghausen  
T: 02361 3000-201 | F: 02361 3000-211  
E-Mail humangenetik@LADR.de  
Internet www.LADR.de

### Ihre Ansprechpartner in unserem Labor:

### Angaben zur Abrechnung:

PD Dr. rer. nat. Larissa Arning-Bünder Dr. rer. nat. Beatrix Böckmann Dipl. Biol. Anne Purczeld Telefon 02361 3000-201	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> Krankenkasse ..... bitte Ü-Schein beilegen	<input type="checkbox"/> privat Adresse bitte oben eintragen
---	--	--

### Angaben zur Patientin / zum Patienten

Blutentnahme Datum:

--	--	--	--	--	--	--	--

Uhrzeit:

		:		
--	--	---	--	--

<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	ethnische / kulturelle Herkunft (soweit relevant):
---	--

### diagnostische genetische Untersuchung bei bestehender Symptomatik

(Verdachts-) Diagnose:
Symptomatik:
Familienanamnese:
Ergebnisse / Befunde von Voruntersuchungen (ggf. bitte Kopie beilegen):

### prädiktive (vorhersagende) genetische Untersuchung bezüglich einer in der Familie bestehenden Erkrankung, ohne dass derzeit Symptome vorliegen

Familiäre Erkrankung / Gen:
Eine humangenetische Beratung hat stattgefunden. Bei einem betroffenen Familienmitglied muss die ursächliche Mutation identifiziert worden sein. Befunde bitte beilegen und Verwandtschaftsverhältnis angeben:

### Untersuchungsauftrag

<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse, ggf. zusätzlich FISH-Diagnostik (5-10 mL Heparinblut) <input type="checkbox"/> FISH-Diagnostik bei V. a.:	<input type="checkbox"/> Molekulargenetik (5-10 mL EDTA-Blut) Gene:
---	--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnisnahme meines Widerrufsrechtes und meines Rechtes auf Nichtwissen mein Einverständnis mit der geplanten genetischer Analyse und der dafür erforderlichen Blutentnahme. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Mit der Auswertung zusätzlicher Gene der gleichen Indikationsgruppe im Rahmen der Forschung bin ich einverstanden. Mit der Aufbewahrung des verbleibenden Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung sowie der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von 10 Jahren bin ich einverstanden, ohne Anspruch darauf zu haben. Mit der Verwendung meines Probenmaterials und ggf. der DNA-Sequenzinformationen in verschlüsselter Form für Zwecke der Qualitätssicherung und wissenschaftlicher Fragestellungen bin ich einverstanden. Zudem stimme ich, falls erforderlich, der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages oder Teilen davon an ein medizinisches Kooperationslabor zu. Ich bitte auch um die Mitteilung von Zusatzbefunden, aus denen sich praktische Konsequenzen ableiten lassen (Nichtzutreffendes bitte streichen).

### Einverständnis der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters gem. GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung - bzw. Kopie einer gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung.

Ort, Datum:	Unterschrift der Patientin/des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters	Stempel und Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztl. Person
-------------	--	--