Einsendeschein genetische Untersuchung gemäß GenDG

9900025701

LADR

Name, Vorname | geb. am

LADR MVZ Dres. Bachg, Haselhorst & Kollegen Recklinghausen GbR
Berghäuser Str. 295 | 45659 Recklinghausen
T: 02361 30 00-201 | F: 02361 30 00-211
humangenetik@LADR.de
www.LADR.de

Ihre Ansprechpartner in unserem Labor:

PD Dr. rer. nat. Larissa Arning-Bünder
Dr. rer. nat. Beatrix Böckmann
Dipl. Biol. Anne Purczeld
T: 02361 3000-201

Angaben zur Abrechnung:

☐ stationär
☐ ambulant

☐ Krankenkasse .....
Bitte Laborüberweisung (Muster 10) beilegen. Humangenetische Leistungen belasten nicht das Laborbudget.

☐ privat
Adresse bitte oben eintragen

Patient / Patientin

Blutentnahme Datum: __ __ . __ __ . __ __ Uhrzeit: __ __ : __ __

☐ männlich ☐ weiblich ☐ _____ ethnische Herkunft (soweit relevant): _____

☐ **diagnostische genetische Untersuchung** bei bestehender Symptomatik **ODER**

☐ **prädiktive (vorhersagende) genetische Untersuchung** bzgl. einer in der Familie bestehenden Erkrankung ohne dass Symptome vorliegen

Wurde die angeforderte Gendiagnostik bereits bei einem betroffenen Angehörigen durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, unbedingt Befundkopie beifügen und Verwandtschaftsgrad angeben: _____

Falls nein, bitte begründen, z.B. weil Indexfall ☐ nicht untersucht ☐ verstorben ☐ Indexbefund nicht verfügbar

Diagnose/Symptome/Anlass/Familienanamnese/Vorbefunde: _____

_____

Untersuchungsauftrag

☐ Chromosomenanalyse, ggf. zusätzlich FISH-Diagnostik (5-10 mL Heparinblut)	☐ Molekulargenetik (5-10 mL EDTA-Blut)
☐ FISH-Diagnostik bei V. a.:	Gene:

Einwilligungserklärung

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchungen sowie über die Konsequenzen, die sich daraus für mich und meine Familie ergeben könnten, aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen. Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) und werden ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben. Ich kann diese Einwilligungserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ebenfalls kann ich jederzeit entscheiden, ob mir die Untersuchungsergebnisse mitgeteilt bzw. sie vernichtet werden sollen.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

■ der genetischen Untersuchung des von mir/meinem Kind entnommenen Probenmaterials	☐ ja	☐ nein
■ der Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus	☐ ja	☐ nein
■ der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für weiterführende bzw. neue zweckgebundene Untersuchungen	☐ ja	☐ nein
■ der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bzw. Teilen davon an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor	☐ ja	☐ nein
■ der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern	☐ ja	☐ nein
■ der Eintragung der Untersuchungsergebnisse in pseudonymisierter Form in wissenschaftliche Datenbanken	☐ ja	☐ nein
■ der Verwendung asservierter DNA von mir/meinem Kind pseudonymisiert im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsprojekte/für Zwecke der Qualitätssicherung	☐ ja	☐ nein
■ In seltenen Fällen können Veränderungen festgestellt werden, die nicht im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Untersuchungauftrag stehen, jedoch eine klinische (Behandlungs-)Konsequenz für Sie selbst, für Ihre Nachkommen bzw. weitere Familienmitglieder haben können (sog. Zusatzbefunde). Über klinisch relevante Zusatzbefunde möchte ich informiert werden	☐ ja	☐ nein

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

Bitte Blatt 1 (weiß) mit der Probe an das LADR Labor senden ● Blatt 2 (rosa) verbleibt in der Praxis ● Blatt 3 (gelb) verbleibt beim Patienten

Stand: 02/2024/1000
Best.-Nr.: 114485