

Patientendaten weiblich divers männlich



Anforderungsschein

Durchführung einer genetischen Analyse
(Dieses Formular ersetzt keinen Überweisungsschein)

Hier bitte sorgfältig das
Patientenetikett
(Barcode) einkleben!

Einsender (Stempel) - Unterschrift

Abnahmedatum: _____

Angeforderte Untersuchung (siehe Leistungskatalog)

Hinweis: Das Formular ist als Untersuchungsauftrag nur in Verbindung mit einer unterschriebenen **Einwilligungserklärung** gültig

Genetische Untersuchung:

Kostenträger

- GKV** (Überweisungsschein Muster 10 beifügen)
- Privat** (ab 1000,-Euro wird Kostenvoranschlag erstellt)
- Stationär** (Rechnung an Klinik)

Fragestellung

- diagnostisch**
- prädiktiv**
- vorgeburtlich**

Untersuchungsmaterial

Hinweis: Jedes Probengefäß muss mit dem **Namen, Vornamen** und dem **Geburtsdatum** des Patienten beschriftet sein!

Analyse der Chromosomen /FISH

- Fruchtwasser (15 ml)
- Heparin Blut (2-5 ml)
- Abortmaterial (15-20 g)

Analyse der Erbsubstanz DNA

- EDTA Blut (2-5 ml)
- Sonstiges:

Klinische Angaben

- Patient selbst erkrankt (Ergebnisse/Befunde von Voruntersuchungen beilegen)
- Anlageträger? (wenn Indexfall bekannt, molekulargenetische Vorbefunde angeben)
- Blutsverwandtschaft der Eltern
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Fehlgeburten
- Auffällige Familienanamnese
- Sonstiges:
















Klinische Symptomatik / Auffälligkeiten

- Dysmorphien
- Mentale Retardierung
- Mikrozephalie
- Minderwuchs
- Herzfehler
- Verhaltensauffälligkeiten
- Anderes:

bei Schwangerschaft

- SSW (US):** _____
- erhöhtes Alter der Mutter
- auffälliger US-Befund (beifügen)
- SSW (rechn.):** _____
- auffälliges Erst-Trimester-Screening
- auffälliger Triple-Test
- Fehlgeburten/ Totgeburten (Befund?)
- Sonstiges:

Stammbaum (fakultativ)

Symbole	
 weiblich	 männlich
 w. betroffen	 m. betroffen
 Geschlecht nicht festgelegt	
 Überträgerin	 Überträger
 Schwangerschaft	 Indexpatient
 w. verstorben	 m. verstorben
 Verwandtenehe	 Elternpaar
 Eineiige	 Zweieiige
Zwillinge	

Einwilligungserklärung

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.

Bitte lesen Sie den Text sorgfältig und streichen Sie gegebenenfalls nicht Zutreffendes!

- Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchung hinreichend aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, meine Fragen zu besprechen. Mit meiner Unterschrift gebe ich die Einwilligung zur genetischen Untersuchung zur pränatalen Diagnostik oder Klärung der in Frage stehenden Erkrankung/ Diagnose (siehe Seite 1), sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahmen.
- Ich werde über Zufallsbefunde (z.B. durch Suchteste) informiert, wenn sich daraus medizinische Konsequenzen ergeben.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen und von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand nehmen kann (Recht auf Nichtwissen).
- Falls erforderlich darf das Probenmaterial an ein spezialisiertes medizinisches Labor weitergeleitet werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsbefunde über die gesetzliche Frist von 10 Jahren aufbewahrt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, für Nachforderungen, zu Kontrollzwecken (Nutzung als Referenz) und anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke oder Lehre bis auf Widerruf aufbewahrt und verwendet werden kann.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde auch an mit- und weiterbehandelnde Ärzte mitgeteilt werden. Mitteilung der **Ergebnisse an Frau / Herr** :

Ort, Datum

Unterschrift Patient