

Patient / Ratsuchender

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Untersuchungsmaterial

Blut ____ ml (mind. 3 ml EDTA-Blut) Blutkarten (mind. 10 Spots)

DNA ____ µg (mind. 5 µg DNA, Konz. ≥ 50 ng/µl) DNA-Nr.: _____

Sonstiges _____

Externe ID: _____

Entnahmedatum: _____

Der Versand der Proben per Post in einem Karton oder gepolsterten Umschlag ist problemlos möglich. Die Proben sollten nicht direkter Sonneneinstrahlung ausgesetzt sein. Versandmaterial können Sie unter Tel.: 070 71/56544 00 oder per E-Mail (info@humangenetik-tuebingen.de) kostenlos anfordern.

Einsender / Klinik

Name, Vorname: _____

Einrichtung: _____

Straße: _____

PLZ/Stadt: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Rechnung

- an Patient
- GKV (bitte Überweisungsschein Muster 10 beifügen)
- an Einsender / Klinik
- an Einsender / Klinik gemäß §116b

Einverständniserklärung

Mit dieser Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung gemäß GenDG und unter Kenntnis meines Widerrufsrechts mein Einverständnis mit der/den genetischen Analyse(n) und der dafür erforderlichen Probenentnahme.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, ausgewertet, ggf. in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert und der Untersuchungsauftrag oder Teile davon, falls erforderlich, an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass alle erhobenen Daten von der Praxis für Humangenetik Tübingen elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und auch (z.B. per E-Mail und per Fax) übermittelt werden.

Im Folgenden wird ein Nichtankreuzen wie „Nein“ gewertet.

Mit der Aufbewahrung von Probenmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit, der Qualitätssicherung bzw. für ergänzende Untersuchungen (für max. 10 Jahre) bin ich einverstanden. Ja Nein

Die Untersuchungsergebnisse sollen über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. Ja Nein

Mit der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial und/oder Befunden für wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form bin ich einverstanden. Ja Nein

In seltenen Fällen können genetische Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sog. Zusatzbefunde). Das Berichten solcher Zusatzbefunde beschränkt sich auf pathogene Veränderungen in ausgewählten Genen, für die eine Behandlungskonsequenz für Sie oder Ihre Familie besteht (orientiert an den aktuell gültigen Richtlinien des American College of Medical Genetics and Genomics; ACMG SF V2.0; Kalia et al., 2017, PMID: 27854360). Ein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Gene besteht nicht. Sollten keine Zusatzbefunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken.

Über Zusatzbefunde möchte ich:

- Informiert werden
- NICHT informiert werden

Hinweis

Wir behalten uns vor über die zum Einsatz kommende Sequenzier-Technologie (Sanger/NGS) individuell zu entscheiden.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Patient / Vertreter (Druckbuchstaben)

X _____
Patient / Vertreter (Datum, Unterschrift)

Arzt (Druckbuchstaben)

X _____
Arzt (Datum, Unterschrift)*

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode

* Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass sie/er als verantwortliche ärztliche Person die gemäß GenDG für die beauftragte genetische Untersuchung notwendige Qualifikation aufweist.



Die Praxis für Humangenetik Tübingen ist von der deutschen Akkreditierungsstelle nach DIN EN ISO 15189:2014 akkreditiert.

Prädiktive Diagnostik

Falls es sich um eine prädiktive Diagnostik handelt, füllen und drucken Sie bitte das zusätzliche Formular "Prädiktive Diagnostik: 2. Probe" aus!

Prädiktive Diagnostik darf gemäß Gendiagnostikgesetz nur durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Humangenetik oder andere Ärztinnen oder Ärzte, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben, beauftragt werden (GenDG, §7,1).

Bitte bestätigen Sie als einsendender Arzt mit Ihrer Unterschrift, dass diese Qualifikation gegeben ist:

X _____
Arzt (Unterschrift)

Indikation / Verdachtsdiagnose

[Empty box for Indication / Suspicion]

Weitere Informationen

- autosomal dominant sporadisch familiär Segregation zu: _____
- autosomal rezessiv X-chromosomal konsanguin Ethnische Herkunft: _____

Stammbaum

- Indexpatient
- nicht betroffen
- betroffen
- Überträger
- verstorben
- Elternpaar
- Verwandtenehe
- Schwangerschaft
- Abort, Totgeburt
- Geschlecht unbekannt
- Eineiige Zwillinge
- Zweieiige Zwillinge

Zur besseren Veranschaulichung und Beschreibung der Familienanamnese stellt CeGaT kostenlos einen Stammbaumgenerator unter <http://pedigree.cegat.de> zur Verfügung.

Bemerkungen / Ergänzungen

[Empty box for Remarks / Additions]

Untersuchungsauftrag allgemein

Bitte beachten Sie unsere vollständige Genliste mit über 650 Genen unter www.humangenetik-tuebingen.de/DNA. Sollte das von Ihnen gewünschte Gen nicht auf der Liste enthalten sein, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Gene / OMIM-Nr.

Ausschließlich für gesetzlich versicherte Patienten

Die meisten Gene sind deutlich kleiner als 25 Kilobasen (kb). Sollten die von Ihnen beauftragten Gene in Summe größer sein, werden wir mit Ihnen Rücksprache über das diagnostische Vorgehen halten. Die Größe (kb) der einzelnen Gene können Sie auch unserer Webseite (www.humangenetik-tuebingen.de/DNA) entnehmen.

Untersuchungsauftrag für ausgewählte Hotspot-Analysen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Achromatopsie (EYE04): CNGB3, c.1148delC; p.Thr383Ilefs*13 | <input type="checkbox"/> Kongenitale Alveolarproteinose: ABCA3, c.875A>T; p.Glu292Val |
| <input type="checkbox"/> Optikusatrophie (EYE17, LHON-Hotspots): MT-ND1, m.3460G>A; MT-ND4, m.11778G>A; MT-ND6, m.14484T>C | <input type="checkbox"/> Hämochromatose Typ 1: HFE, c.187C>G; p.His63Asp; c.845G>A; p.Cys282Tyr |
| <input type="checkbox"/> Hereditäre Pankreatitis: PRSS1, c.365G>A; p.Arg122His; c.86A>T; p.Asn29Ile; c.47C>T; p.Ala16Val | |

Kostenübernahmeerklärung für Privatpatienten

Hiermit erkläre ich mich bereit, die entstehenden Kosten zur Durchführung der molekulargenetischen Diagnostik zu übernehmen (aus Kostenvorschlag Nummer: _____).

Bitte stellen Sie die Rechnung an folgende Anschrift:

Vorname Name: _____

Straße Hausnummer: _____

PLZ Stadt: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Datum, Unterschrift

Für Rückfragen und Beratung stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Bitte wenden Sie sich an unser Diagnostik-Support-Team.

**www.humangenetik-tuebingen.de/diagnostic-support
diagnostic-support@humangenetik-tuebingen.de | Telefon 07071/56544-00**