(Duo/Trio)-Exom-Diagnostik / Individuelles Panel

Allgemeine Informationen



Patient / Vertreter (Druckbuchstaben)	Arzt (Druckbuchstaben)	Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-21320-01-00	
rechtigter erforderlich. Mit Ihrer Unterschrif ren Sie, dass Ihnen die Einwilligung aller Soi	t als nach GenDG verantwortliche ärztliche Person erklägeberechtigten vorliegt.		Arztstempel / Klinik ggf. Barcode
Ärzte/-innen, die sich beim Erwerb einer Fa tische Untersuchungen im Rahmen ihres Fa §7,1). Im Falle prädiktiver genetischer Dia Ärztin, dass ich die gemäß GenDG notwen Minderjährige: Zur genetischen Untersuch	charzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für gene- chgebietes qualifiziert haben, beauftragt werden (GenDG, gnostik bestätige ich hiermit, als behandelnde(r) Arzt/ dige Qualifikation aufweise. nung Minderjähriger ist die Einwilligung beider Sorgebe-	Nach deutschem GenDG wird der Befun mittelt. Bitte geben Sie hier die E-Mail-Ad E-Mail:	d der genetischen Untersuchung dem aufklärenden Arzt über dresse des aufklärenden Arztes an:
delnde Ärztin bestätige ich, den Patienten g zu haben und dass mir das Einverständnis d	nicht unterschrieben hat: Als behandelnder Arzt/behan- em. GenDG über die genetische Untersuchung aufgeklärt les Patienten schriftlich vorliegt. ur durch Fachärzte/-innen für Humangenetik oder andere	www.humangenetik-tuebingen.de/acm	soziierten Erkrankungen sind auf unserer Homepage gelistet g. Ein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Gene efunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschlus:
Diese Einwilligungserklärung kann ich jed te die notwendige Bedenkzeit.	derzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich hat-	Genen, für die eine Behandlungskonse (orientiert an den aktuell gültigen R	quenz für den Patient/die Patientin oder die Familie besteh lichtlinien des American College of Medical Genetics and
die gesamte mtDNA sequenziert werden. Die di nen, die im Rahmen der Fragestellung relevant s	agnostische Auswertung beschränkt sich auf Varianten in Ge- sind. Bei vergleichenden Exomanalysen mehrerer Familienmit- erhältnisse vorausgesetzt (z.B. Trio-Exom-Analyse).	Zusammenhang mit dem Untersuchung	he Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht in gsauftrag stehen (sog. Zusatzbefunde). Das Berichten solche ogene Veränderungen (ACMG Klassen 4 und 5) in ausgewählter
Hinweis	er Exom-Diagnostik aus technischen Gründen alle Gene sowie	Über Zusatzbefunde möchte ich: ☐ informiert werden ☐ NICHT info	ormiert werden
Ich willige hiermit ein, dass alle erhobene gespeichert, verarbeitet, genutzt und über	en Daten vom Zentrum für Humangenetik elektronisch mittelt werden. Nähere Informationen zum Datenschutz ie unter www.humangenetik-tuebingen.de/datenschutz	Mit der Aufbewahrung und Verw und/oder Befunden für wissenschaft pseudonymisierter Form bin ich einvers	tliche Zwecke inkl. Publikationen in
Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten und die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, ausgewertet und ggf. in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert und der Untersuchungsauftrag oder Teile davon, falls erforderlich, an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.		ich einverstanden.	□ Ja □ Neir ber die gesetzliche Frist von 10 Jahren □ Ja □ Neir
nes Widerrufsrechts meine Einwilligung mit lichen Probenentnahme.	olgter Aufklärung gemäß GenDG und unter Kenntnis mei- t der/den genetischen Analyse(n) und der dafür erforder-	Im Folgenden wird ein Nichtankreuze Mit der Aufbewahrung von Probenmater Qualitätssicherung bzw. für ergänzende	
Einwilligungserklärung		E-Mail:	
Tel.: 0 70 71 / 565 44 00 oder per E-Mail (info@hui	mangenetik-tuebingen.de) kostenlos anfordern.	Land:	
Die Proben sollten nicht direkter Sonneneins	Karton oder gepolsterten Umschlag ist problemlos möglich. trahlung ausgesetzt sein. Versandmaterial können Sie unter	PLZ/Stadt:	
Entnahmedatum:		Straße:	
Externe ID:		Vorname:	
	(z. B. EDTA Blut, Hautbiopsie)	Name:	onem made 10 semagen,
Ausgangsmaterial		☐ an Einsender / Klinik☐ GKV (bitte Überweisungsso	□ an Einsender / Klinik gemäß §116b
DNA μg (mind. 5 μg DNA, Kon:	·	Rechnung an Patient (KVA-Nr.:)
☐ Blut ml (mind. 1-2 ml EDTA-Bl	ut)		
Untersuchungsmaterial	Wetteres.	E-Mail:	
Geschlechtsidentität (falls abweicher ☐ Frau ☐ Mann ☐ nicht-bir		Telefon:	
Geschlecht (zum Zeitpunkt der Geburt):	☐ männlich ☐ weiblich	PLZ/Stadt:	
Geburtsdatum:		Straße:	
Vorname:		Einrichtung:	
Name:		Name, Vorname:	

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

Arzt

(Datum, Unterschrift)

Patient / Vertreter

(Datum, Unterschrift)

(Duo/Trio)-Exom-Diagnostik / Individuelles Panel

Indikation & klinische Informationen



Art der Analyse:	ner Proband NICHT betroffener Proband (prädikt	ive Analyse)
Vorausgegangene genetische Diagnostik:		
_		
Transplantationen (Knochenmark, Gewebe, Stan	nmzellen) □ Nein □ la (hitte spezifizieren)	
	en Arztbriefe und Befunde in Kopie bei (mit Fotos, fa	
Sittle tegen sie die innen vortregenden wientigse	en Alztonere una Berande in Ropie Ber (inter otos, ia	verrugsur/.
Klinische Informationen		
	formationen zu Ihrem Patienten an. Detaillierte klinische	Informationen erhöhen die Wahrscheinlichkeit kausale
Veränderungen durch unsere Analyse zu identifizie	eren und erleichtern die Interpretation der identifizierte	n Varianten. Weiterhin sind auch das Fehlen phänotyp-
		nalysen eine sehr wertvolle Informationen für die Aus- untersucht / unbekannt" im entsprechenden Abschnitt
anzukreuzen.	and the megation and managements.	
Vorgeburtliche Anamnese:	Gehirnauffälligkeiten	Neurologische Symptome
□ Normal	☐ Lissenzephalie	☐ Anfälle (☐ generalisiert / ☐ fokal)
☐ Frühgeburt ☐ Intrauterine Wachstumsretardierung (IUGR)	☐ Schizenzephalie☐ Porenzephalie	☐ Enzephalopathie☐ Verminderte Nervenleitgeschwindigkeit
☐ Poly- / Oligohydramnion	☐ Pachygyrie	□ Neuropathie (□ motorisch / □ sensorisch)
☐ Verringerte fötale Bewegungen☐ Andere:	☐ Polymikrogyrie	☐ Ataxie ☐ Tremor
Alidere:	☐ Bandförmige Heterotopien☐ Auffälligkeiten des Corpus callosum	☐ Dystonie
Entwicklungsstörungen:	(Bitte spezifizieren:)	☐ Chorea
☐ Intelligenzminderung	☐ Hydrozephalus	☐ Spastik☐ Gangstörung
(□ mild, □ moderat, □ schwer) □ Globale Entwicklungsverzögerung	☐ Holoprosenzephalie☐ Auffälligkeiten der Basalganglien	☐ Nystagmus
☐ Motorische Entwicklungsverzögerung	☐ Leukenzephalopathie	☐ Affektive Störung (☐ Angstzustände,☐ Depression, ☐ Psychose)
☐ Sprachentwicklungsverzögerung	☐ Hirnatrophie	☐ Migräne, ☐ Kopfschmerzen
☐ Autismus-Spektrum-Störung☐ Entwicklungsrückschritte	☐ Ventrikulomegalie☐ Andere:	☐ Schlafstörungen
☐ Andere:		☐ Unerklärliche Schmerzen☐ Andere:
☐ Keine geistige Behinderung	☐ Normales Gehirn-MRT☐ Nicht untersucht / unbekannt	
☐ Keine Entwicklungsstörungen	,	☐ Keine neurologischen Symptome☐ Nicht untersucht / unbekannt
☐ Nicht untersucht / unbekannt	Atemwegsbeschwerden und Respiratorische Symptome	_ mone anteroacht, anzenanne
Kraniofaziale Auffälligkeiten	☐ Respiratorische Insuffizienz	Augendefekte
☐ Makrozephalie	☐ Atemversagen	□ Visuelle Beeinträchtigung (bilateral? □ Ja / □ Nein)
☐ Mikrozephalie☐ Kraniosynostose	☐ Atemstillstand / Apnoe☐ Wiederkehrende Infektionen	(Bitte spezifizieren:
☐ Breite Stirn	☐ Bronchiektasie	☐ Anophthalmie/ ☐ Mikrophthalmie
☐ Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	☐ Andere:	(bilateral? ☐ Ja / ☐ Nein)
☐ Hypertelorismus☐ Hypotelorismus	☐ Keine respiratorischen Auffälligkeiten	☐ Strabismus (bilateral? ☐ Ja / ☐ Nein)☐ Angeborene bilaterale Katarakt
☐ Nasen-Auffälligkeiten	☐ Nicht untersucht / unbekannt	☐ Andere:
(Bitte spezifizieren:)		
☐ Ohrenfehlbildung (Bitte spezifizieren:		☐ Nicht untersucht / unbekannt
☐ Mikrognathie		
☐ Oligodontie☐ Andere:		
☐ Keine kraniofazialen Auffälligkeiten☐ Nicht untersucht / unbekannt		

(Duo/Trio)-Exom-Diagnostik / Individuelles Panel

Klinische Informationen



Gehördefekte und Störungen	Immunologische und hämatologische	Auffälligkeiten der Leber
des Gleichgewichtssinns	Auffälligkeiten	☐ Leberdysfunktion
☐ Sensorineurale Schwerhörigkeit	☐ Autoinflammatorische Erkrankung	(Bitte spezifizieren:
(bilateral? ☐ Ja / ☐ Nein)	☐ Immundefizienz	
☐ Schallleitungsschwerhörigkeit	(Bitte spezifizieren:	☐ Rezidivierendes akutes Leberversagen
☐ Störungen des Vestibularapparats		☐ Hepatische Zysten
(☐ Schwindel, ☐ Benommenheit,	☐ Rezidivierende Infekte	☐ Cholestase
☐ Gleichgewichtsstörungen,	☐ Anämie (Erythrozyten)	☐ Hypercholesterinämie
☐ Räumliche Desorientierung)	☐ Neutropenie	☐ Hepatomegalie
☐ Andere:	☐ Thrombozytopenie	☐ Andere:
	☐ Gerinnungsstörung	
☐ Keine Gehördefekte	☐ Megaloblastische Anämie	☐ Keine Leberauffälligkeiten
☐ Keine Störungen des Gleichgewichtssinns	☐ Knochenmarkinsuffizienz	□ Nicht untersucht / unbekannt
☐ Nicht untersucht / unbekannt	☐ Hämochromatose	
·	☐ Andere:	Auffälligkeiten der Haut, Nägel und Haare
Muskel-Skelett-Erkrankungen		☐ Auffälligkeiten des Bindegewebes
☐ Muskelhypotonie	☐ Keine immunologischen Auffälligkeiten	(Bitte spezifizieren:
☐ Muskelhypertonie	Keine hämatologischen Auffälligkeiten	☐ Multiple Café-au-lait-Flecken
☐ Erhöhte Creatinkinase (CK)	☐ Nicht untersucht / unbekannt	·
□ Ptose		☐ Naevus flammeus
☐ Arthrogrypose (angeboren? ☐ Ja / ☐ Nein)	Metabolische und endokrine Auffälligkeiten	☐ Albinismus
	☐ Wachstumsstörung / Gedeihstörung	☐ Progeroides Erscheinungsbild
☐ Minder-/ Kleinwuchs	☐ Adipositas	☐ Hautläsionen
(Skelettdysplasie? ☐ Ja / ☐ Nein)	 Verdacht auf eine Mitochondriopathie 	☐ Ekzeme
☐ Großwuchs	☐ Laktatazidose	□ Ödeme
☐ Gelenk Hypermobilität	☐ Proteinurie	☐ Ichthyose
☐ Hand- / ☐ Fuß-Polydaktylie	☐ Hyperglykämie	☐ Dysplastische Nägel
☐ Hand- / ☐ Fuß-Syndaktylie	☐ Hypoglykämie	☐ Anhidrose
☐ Kamptodaktylie der Finger	☐ Ketose	☐ Hyperhidrose
☐ Klumpfuß (angeboren? ☐ Ja / ☐ Nein)		☐ Alopezie
☐ Skoliose	☐ Hyperkalzämie☐ Diabetes mellitus	☐ Hypertrichose (Wo?
☐ Pectus excavatum (Trichterbrust)		
☐ Pectus carinatum (Kielbrust)	☐ Diabetes insipidus	☐ Andere:
☐ Hemihypertrophie	☐ Hypothyroidismus	☐ Keine Auffälligkeiten der Haut,
☐ Veränderte Knochendichte	☐ Hypoparathyroidismus	
(☐ erhöht / ☐ verringert)	☐ Exokrine Pankreasinsuffizienz	Nägel und Haare
□ Exostose(n)	☐ Andere:	A., J., A., (CVIII) - I.,
☐ Verzögerte Knochenreife	☐ Keine metabolischen Auffälligkeiten	Andere Auffälligkeiten
☐ Andere:	☐ Keine metabonsenen Auffalligkeiten	☐ Organomegalie:
	☐ Nicht untersucht / unbekannt	□ Neoplasien / □ Krebs
☐ Keine muskulären Auffälligkeiten	,	☐ Pankreatitis
☐ Keine skelettalen Auffälligkeiten	☐ Kopie der Untersuchungsergebnisse anbei	☐ Episodische Fieberschübe
□ Nicht untersucht / unbekannt	A	☐ Hyperthermie
	Auffälligkeiten der Niere und des	☐ Hypothermie
Kardiovaskuläre Defekte	Urogenitaltrakts	☐ Obstipation, ☐ Konstipation
☐ Atriumseptumdefekt	☐ Renale Zysten	☐ Diarrhoe
□ Ventrikelseptumdefekt	☐ Renale Agenesie	
☐ Auffälligkeiten der Herzkammern	☐ Hufeisenniere	☐ Episodisches Erbrechen
☐ Fallot-Tetralogie	☐ Hyperkalzurie	☐ Andere:
☐ Kardiomyopathie	☐ Hämaturie	
☐ Arrhythmie	☐ Proteinurie	
☐ Aortenaneurysma	☐ Hypospadie	
☐ Auffälligkeiten des Gefäßsystems	☐ Kryptorchismus	
(Bitte spezifizieren:	☐ Indifferentes Genitale	
Ditte spezifizieren.	☐ Andere:	
☐ Pulmonalarterielle Hypertonie	The state of the s	
☐ Andere:	☐ Keine Nierenauffälligkeiten	
	☐ Keine urogenitalen Auffälligkeiten	
☐ Keine kardiovaskulären Auffälligkeiten	☐ Nicht untersucht / unbekannt	
□ Nicht untersucht / unbekannt		

(Duo/Trio)-Exom-Diagnostik / Individuelles Panel

Stammbaum & Familienanamnese



nmmbaum / Familienanamnese	Konsanguinität: □ Ja □ NeinEthnis		7	to door of
				Indexpatient
				nicht betroffen
				betroffen
				Überträger
				verstorben
				Elternpaar Verwandtenehe
				Schwangerschaft
				Abort, Totgeburt
			•	Geschlecht unbeka
				Eineiige Zwillinge
			Ó—Ò	Linenge Zwittinge
				Zweieiige Zwillinge
milienanamnese ot es weitere Familienangehörige, die onn ja, bitte Auflistung der betroffene Name	an derselben oder einer ähnlichen Erkrank n Familienmitglieder: Verwandtschaftsgrad zum Patienten	ung leiden bzw. litten w Erkrankungsalter	ie Ihr Patient? Diagnose / Sym	□ Ja □
(falls Nennung gewünscht)	(z.B. Mutter)	Linialinuligoatte	Diagnose / Sym	prome
(
(

(Duo/Trio)-Exom-Diagnostik / Individuelles Panel

Untersuchungsauftrag



Gewünschte Exom-Diagnostik					
☐ Einzel-Exom: Exomdiagnostik des Patienten inkl. medizinischem Befund (EXM01)					
☐ Duo-Diagnostik: Abgleich der Erbinformation zweier betroffener Familienmitglieder untereinander oder Abgleich der Erbinformationen eines betroffenen					
Familienmitglieds mit der eines gesunden Familienmitglieds					
☐ Elter-Kind-Duo-Diagnostik: Abgleich der Erbinformationen eines gesunden biologischen Elters mit der des erkrankten Kindes					
☐ Trio-Exom-Diagnostik: Abgleich der Erbinformationen beider gesunder biologischer Eltern mit der des erkrankten Kindes					
Die Untersuchung des Patienten und beider nicht betroffener Eltern (Trio-Exom) ermöglicht eine effizientere Auswertung der beim Indexpatienten identifizierten					
Varianten und führt zu einer höheren Aufklärungsrate gegenüber einer Einzel-Exom-Analyse.					
Untersuchungsauftrag – Exom/Individuelles Panel					
☐ Individuelle Auswahl: Bitte tragen Sie die von Ihnen ausgewählten Gene ein					
☐ Auswahl der relevanten Gene nach klinischer Symptomatik und bioinformatischer Auswertung					
Zusätzliche Untersuchungen					
-					
□ Gene, die im Rahmen der Exomdiagnostik berücksichtigt werden sollen:					
□ Array-CGH-Diagnostik voranstellen					
□ Deletions-/Duplikationsanalyse (MLPA), Gen(e):					
□ Repeat-Expansion:					

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 0 70 71 / 565 44-00

(Duo/Trio)-Exom-Diagnostik / Individuelles Panel

Zusätzliche Informationen



Bitte nutzen Sie diesen Abschnitt, um uns weitere relevante Informationen zur Verfügung zu stellen.						

(Duo/Trio)-Exom-Diagnostik / Individuelles Panel

Einverständniserklärung Familienmitglied 1 / weitere Familienangehörige



Familienmitglied						
Name:		Vorname: _				
Geburtsdatum: Proben-ID:						
Verwandtschaftsverl	nältnis zum Patienten					
		milienangehöriger; bitte ber	nennen:			
Leidet bzw. litt der/die	Familienangehörige an de	erselben oder ähnlichen Erkı	rankung wie die/der Indexpatient/i	n?		
□ Nein	□ Ja; Symptome?:					
Einwilligungserklärung			Im Folgenden wird ein Nich	tankreuzen wie "Nein" gewertet.		
Mit dieser Unterschrift be unter Kenntnis meines \	estätige ich nach erfolgter	Aufklärung gemäß GenDG u willigung mit der/den gen senentnahme.	ınd Mit der Aufbewahrung von Pr	obenmaterial zum Zweck der Nach- nerung bzw. für ergänzende Unter-	□ Ja	□ Neir
		meine personenbezogenen Beachtung des Datenschut	0 0	e sollen über die gesetzliche Frist rahrt werden.	□ Ja	☐ Neir
onymisierter Form in wis	senschaftlichen Datenban ile davon, falls erforderlich	ausgewertet und ggf. in pse ken gespeichert und der Un n, an ein spezialisiertes Koo	ter- Mit der Aufbewahrung und material und/oder Befunden	Verwendung von Untersuchungsfür wissenschaftliche Zwecke inkl. isierter Form bin ich einverstanden.	□ Ja	□ Neir
		om Zentrum für Humangene		e ich:		
	chutz und Ihren diesbezüg	übermittelt werden. Nähere lichen Rechten finden Sie un	ter	NICHT informiert werden etische Veränderungen nachgewieser		
die gesamte mtDNA sequenziert nen, die im Rahmen der Frageste glieder werden die korrekten Ver Diese Einwilligungserk widerrufen. Ich hatte di Sofern der Patient das I delnder Arzt/behandelne	werden. Die diagnostische Auswer lung relevant sind. Bei vergleichen wandtschaftsverhältnisse vorausge lärung kann ich jederzei e notwendige Bedenkzei Einsendeformular nicht u de Ärztin bestätige ich, de ung aufgeklärt zu haben u	t ohne Angabe von Gründ	Ge- (ACMG Klassen 4 und 5) in ausg für den Patient/die Patientin gültigen Richtlinien des Ameri zu den Genen und assoziierte www.humangenetik-tuebinge Analyse dieser Gene besteht bedeutet dies keinen Ausschl	efunde beschränkt sich auf pathoger ewählten Genen, für die eine Behand oder die Familie besteht (orientie can College of Medical Genetics and en Erkrankungen sind auf unserer He en.de/acmg. Ein Anspruch auf e nicht. Sollten keine Zusatzbefunde uss entsprechender Risiken.	lungsko rt an d Genom omepag eine vo	onsequen: en aktuel ics; Detail ge gelistet ollständige
genetik oder andere Ärz punkt- oder Zusatzbezei Fachgebietes qualifiziert diktiver genetischer Dia	te/-innen, die sich beim E chnung für genetische Unt haben, beauftragt werde	ch Fachärzte/-innen für Hum rwerb einer Facharzt-, Schw tersuchungen im Rahmen ih n (GenDG, §7,1). Im Falle p rmit, als behandelnde(r) Ar ualifikation aufweise.	rer- res rä-			
				Arztstempel / Klinik ggf. Bar	code	
Patient / Vertreter (Druckbuchstaben)	Arzt (Druc	kbuchstaben)	DAKKS Deutsche Akkreditierungsstelle			
X Parious (W. 11)	X		D-ML-21320-01-00 Das Zentrum für Humangenetik			
Patient / Vertreter (Datum, Unterschrift)	Arzt (Datu	m, Unterschrift)	Tübingen ist von der deutschen Akkreditierungsstelle nach DIN EN ISO 15189:2014 akkreditiert.			

(Duo/Trio)-Exom-Diagnostik / Individuelles Panel

Einverständniserklärung Familienmitglied 2 / weitere Familienangehörige



Familienmitglied					
Name:		Vorname:			
Geburtsdatum: Proben-ID:		Proben-ID:			
Verwandtschaftsverh	iltnis zum Patiei	nten			
□ Vater □	l Mutter	☐ Familienangehöriger; bitte benenn	en:		
Leidet bzw. litt der/die I	- amilienangehöri	ige an derselben oder ähnlichen Erkrank	ung wie die/der Indexpatient/in?		
□ Nein □	l Ja; Symptome?:				
Einwilligungserklärung			Im Folgenden wird ein Nichtankreuzen wie "Nein" gewerte	: .	
	iderrufsrechts m	rfolgter Aufklärung gemäß GenDG und eine Einwilligung mit der/den geneti- nen Probenentnahme.	Mit der Aufbewahrung von Probenmaterial zum Zweck der Nacl prüfbarkeit, der Qualitätssicherung bzw. für ergänzende Unte suchungen (für max. 10 Jahre) bin ich einverstanden.	r-	□ Nein
		zu, dass meine personenbezogenen Da- en unter Beachtung des Datenschutzes	Die Untersuchungsergebnisse sollen über die gesetzliche Fri von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.		□ Nein
onymisierter Form in wiss	enschaftlichen D	eichnet, ausgewertet und ggf. in pseud- atenbanken gespeichert und der Unter- orderlich, an ein spezialisiertes Koope-	Mit der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchung material und/oder Befunden für wissenschaftliche Zwecke ink		
rationslabor weitergeleite		ordernen, an em spezialisiertes Roope-	Publikationen in pseudonymisierter Form bin ich einverstande	n. □ Ja	□ Nein
elektronisch gespeichert,	verarbeitet, genu	Daten vom Zentrum für Humangenetik itzt und übermittelt werden. Nähere In-	Über Zusatzbefunde möchte ich: ☐ informiert werden ☐ NICHT informiert werden		
formationen zum Datensc www.humangenetik-tuebi		esbezüglichen Rechten finden Sie unter hutz	Inseltenen Fällen können genetische Veränder ungen nach gewies		
die gesamte mtDNA sequenziert w nen, die im Rahmen der Fragestellu	erden. Die diagnostisc Ing relevant sind. Bei v	Diagnostik aus technischen Gründen alle Gene sowie the Auswertung beschränkt sich auf Varianten in Ge- ergleichenden Exomanalysen mehrerer Familienmit- e vorausgesetzt (z.B. Trio-Exom-Analyse).	im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (so Das Berichten solcher Zusatzbefunde beschränkt sich auf pathog (ACMG Klassen 4 und 5) in ausgewählten Genen, für die eine Behar für den Patient/die Patientin oder die Familie besteht (orient gültigen Richtlinien des American College of Medical Genetics an	ene Verän Idlungsko iert an de	derungen nsequenz en aktuell
Diese Einwilligungserklä widerrufen. Ich hatte die		ederzeit ohne Angabe von Gründen denkzeit.	zu den Genen und assoziierten Erkrankungen sind auf unserer www.humangenetik-tuebingen.de/acmg). Ein Anspruch auf	Homepag eine vo	e gelistet Ilständige
delnder Arzt/behandelnde	e Ärztin bestätige ung aufgeklärt zu	r nicht unterschrieben hat: Als behan- e ich, den Patienten gem. GenDG über haben und dass mir das Einverständnis	Analyse dieser Gene besteht nicht. Sollten keine Zusatzbefund bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken.	e erhobei	n werden
genetik oder andere Ärzte punkt- oder Zusatzbezeicl Fachgebietes qualifiziert l diktiver genetischer Diag	e/-innen, die sich nnung für genetis haben, beauftrag gnostik bestätige	nur durch Fachärzte/-innen für Human- beim Erwerb einer Facharzt-, Schwer- sche Untersuchungen im Rahmen ihres gt werden (GenDG, §7,1). Im Falle prä- eich hiermit, als behandelnde(r) Arzt/ ndige Qualifikation aufweise.			
			Arztstempel / Klinik ggf. B	arcode	
Patient / Vertreter		Arzt	(CDAKKS Deutsche		
(Druckbuchstaben)		(Druckbuchstaben)	Akkreditierungsstelle D-ML-21320-01-00		

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

Zentrum für Humangenetik Tübingen | Paul-Ehrlich-Str. 23 | D-72076 Tübingen Telefon: +49 7071 565 44-00 | Fax: +49 7071 565 44-22 | info@humangenetik-tuebingen.de | www.humangenetik-tuebingen.de

Arzt

(Datum, Unterschrift)

Patient / Vertreter

(Datum, Unterschrift)