

**Patient / Ratsuchender**

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich**Untersuchungsmaterial** Blut ____ ml (mind. 1-2 ml EDTA-Blut) Blutkarten (mind. 5 Spots) DNA ____ µg (mind. 1-2 µg DNA, Konz. ≥ 50 ng/µl) DNA-Nr.: _____
Ausgangsmaterial
der isolierten DNA: _____ (z. B. EDTA Blut, Hautbiopsie) 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.: 0 7071 / 565 44 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 (KVA-Nr.: _____) an Einsender / Klinik

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Stadt: _____

Land: _____

E-Mail: _____

Einwilligungserklärung

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

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 willige hiermit ein, dass alle erhobenen Daten vom Zentrum für Humangenetik elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Nähere Informationen zum Datenschutz und Ihren diesbezüglichen Rechten finden Sie unter www.humangenetik-tuebingen.de/datenschutz**Hinweis**

Wir aktualisieren unsere Panels in regelmäßigen Abständen gemäß des aktuellen Stands der Wissenschaft. Wir weisen daher darauf hin, dass sich die auf diesem Einsendeformular angegebene Zusammenstellung von Genen eines Gen-Sets zum Zeitpunkt der Laboranalyse geringfügig geändert haben könnte (Hinzunahme/Wegnahme von Genen). Wir behalten uns vor, über die zum Einsatz kommende Sequenzier-Technologie (Sanger/NGS) individuell zu entscheiden. Wir weisen darauf hin, dass bei Anforderung von NGS-Panel-Diagnostik aus technischen Gründen mehr als die angeforderten Gene sequenziert werden.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.**Sofern der Patient das Einsendeformular nicht unterschrieben hat:** Als behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin bestätige ich, den Patienten gem. GenDG über die genetische Untersuchung aufgeklärt zu haben und dass mir das Einverständnis des Patienten schriftlich vorliegt.**Prädiktive Diagnostik** darf gemäß GenDG nur durch Fachärzte/-innen für Humangenetik oder andere Ärzte/-innen, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben, beauftragt werden (GenDG, §7,1). **Im Falle prädiktiver genetischer Diagnostik bestätige ich hiermit, als behandelnde(r) Arzt/Ärztin, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.****Minderjährige:** Zur genetischen Untersuchung Minderjähriger ist die Einwilligung beider Sorgeberechtigter erforderlich. Mit Ihrer Unterschrift als nach GenDG verantwortliche ärztliche Person erklären Sie, dass Ihnen die Einwilligung aller Sorgeberechtigten vorliegt.Patient / Vertreter
(Druckbuchstaben)

X

Patient / Vertreter
(Datum, Unterschrift)Arzt
(Druckbuchstaben)

X

Arzt
(Datum, Unterschrift)Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-ML-21320-01-00Das Zentrum für Humangenetik
Tübingen ist von der deutschen
Akkreditierungsstelle nach
DIN EN ISO 15189:2014 akkreditiert.

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode



Für die gezielte Bearbeitung bitten wir Sie, den Anamnesebogen so ausführlich wie möglich auszufüllen und die Ihnen vorliegenden Arztbriefe und Befunde in Kopie beizulegen.

Familienanamnese | bekannte (familiäre) Vorerkrankungen

Tritt eine der unten genannten Erkrankungen in Ihrer Familie gehäuft auf? Gibt es Familienmitglieder, die sehr früh erkrankt oder daran verstorben sind?

	Nein	Ja	Welche Erkrankung? Diagnose / Symptome	Erkrankungs- alter	Verwandtschaftsgrad zum Patienten (z.B. Mutter)
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herz- oder Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Thrombosen- und Gerinnungs- störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erhöhte Eisen- oder Kupferwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erhöhte Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erhöhter Augeninnen- druck (Grüner Star, Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Narkose- Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Medikamenten- Unverträglichkeiten oder unerwünschte -Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Prädiktive Diagnostik

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)

Untersuchungsauftrag

- Alle Module des Vorsorgepanels**
- Modul 01: Tumorerkrankungen (51 Gene)**
APC, ATM, AXIN2, BAP1, BARD1, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDC73, CDH1, CDKN2A, CHEK2, DICER1, EPCAM, FH, FLCN, KIT, MEN1, MET, MLH1, MSH2, MSH6, NF1, NF2, PALB2, PDGFRA, PMS2, POLD1, POLE, PTCH1, PTEN, RAD51C, RAD51D, RB1, RET, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, SMAD4, SMARCA4, SMARCB1, STK11, TMEM127, TP53, TSC1, TSC2, VHL, WT1
- Modul 02: Herz- und Gefäßerkrankungen (55 Gene)**
ACTA2, ACTC1, ACVRL1, ALPK3, BAG3, BMPR2, CALM1, CALM2, CALM3, CASQ2, COL3A1, DES, DSC2, DSG2, DSP, EMD, ENG, FBN1, FHL1, FLNC, GDF2, JUP, KCNH2, KCNK3, KCNQ1, LAMP2, LMNA, LOX, MYBPC3, MYH11, MYH7, MYL2, MYL3, MYLK, PKP2, PLN, PRKAG2, PRKG1, RBM20, RYR2, SCN5A, SMAD3, SMAD9, TBX4, TECRL, TGFB2, TGFBF1, TGFBF2, TMEM43, TNNC1, TNNT2, TPM1, TTN, TTR
- Modul 03: Thrombosen und Gerinnungsstörungen (28 Gene)**
ADAMTS13, F10, F11, F12, F13A1, F13B, F2, F5, F7, F8 (intronische Inversionen nicht beinhaltet), F9, GF11B, GP1BA, GP1BB, GP6, GP9, HRG, ITGA2B, ITGB3, LMAN1, MCFD2, NBEAL2, PROC, PROS1, SERPINC1, SERPIND1, SERPINF2, VWF
- Modul 04: Eisen- und Kupferspeicherkrankheiten (8 Gene)**
ATP7B, CP, GLRX5, HAMP, HFE, HJV, SLC40A1, TFR2
- Modul 05: Hypercholesterinämien (4 Gene)**
APOB, LDLR, LDLRAP1, PCSK9
- Modul 06: Glaukom (2 Gene)**
CYP11B1, MYOC
- Modul 07: Maligne Hyperthermie (2 Gene)**
CACNA1S, RYR1
- Modul 08: Pharmakogenetik* (22 Gene)**
ABCG2, CACNA1S, CYP2B6, CYP2C19, CYP2C9, CYP2D6, CYP3A4, CYP3A5, CYP4F2, DPYD, G6PD, HLA-A, HLA-B, IFNL3, MT-RNR1, NUDT15, POR, RYR1, SLC01B1, TPMT, UGT1A1, VKORC1
- Modul 09: Diabetes (5 Gene)**
GCK, HNF1A, HNF1B, HNF4A, PDX1

* Relevante Varianten nach CPIC und DPWG