



Patient Nachname: Vorname: Geburtsdatum: Straße: Ort: Krankenkasse:	Einsender (Stempel) Datum:	
Indikation/Diagnose:		
Klinische Information, ggf. Befunde beifügen (falls nötig Rückseite verwenden)		
Molekulargenetische Diagnostik (mit 5-10 ml EDTA-Blut + Überweisungsschein Nr. 6 und Nr. 10 (Laborschein))		
Thrombophilie <input type="checkbox"/> Faktor V Leiden <input type="checkbox"/> Prothrombin / Faktor II <input type="checkbox"/> MTHFR C677T / A1298C <input type="checkbox"/> PAI1-Polymorphismus (4G/5G) ggf. ACE <input type="checkbox"/> eNOS <input type="checkbox"/> Faktor XIII <input type="checkbox"/> Protein C* <input type="checkbox"/> Protein S* <input type="checkbox"/> ATIII*	Endokrinologie / Sterilität weiblich <input type="checkbox"/> BMP15 <input type="checkbox"/> GDF9 <input type="checkbox"/> FSH-Rezeptor <input type="checkbox"/> PROGINS <input type="checkbox"/> eNOS <input type="checkbox"/> PAI1-Polymorphismus (4G/5G) <input type="checkbox"/> Adrenogenitales Syndrom (AGS)	Sterilität männlich <input type="checkbox"/> Congenital Bilateral Absense of the Vas Deferens (CBAVD) <input type="checkbox"/> Azoospermiefaktor <input type="checkbox"/> MTHFR
		Array-CGH <input type="checkbox"/> Vergleichende Genomhybridisierung
	Cystische Fibrose <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose	Pharmakogenetik <input type="checkbox"/> VKORC1 (G1639A)
Hämoglobinopathien <input type="checkbox"/> □-Thalassämie <input type="checkbox"/> □-Thalassämie <input type="checkbox"/> Sichelzellanämie	Lebererkrankungen <input type="checkbox"/> Hämochromatose <input type="checkbox"/> Morbus Meulengracht	Kardiale Beschwerden* <input type="checkbox"/> Long QT <input type="checkbox"/> Brugada Syndrom <input type="checkbox"/> Hypertrophe Kardiomyopathie <input type="checkbox"/> Dilative Kardiomyopathie (DCM) <input type="checkbox"/> Linksventrikuläre Non-compaction Kardiomyopathie <input type="checkbox"/> Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC/ARVD)
Stoffwechselerkrankungen <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz <input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz <input type="checkbox"/> Zöliakie <input type="checkbox"/> Morbus Crohn	Mittelmeerfieber <input type="checkbox"/> Mittelmeerfieber	
	Diabetes* <input type="checkbox"/> MODY	
Andere Untersuchungen oder anderes Material, bitte Rücksprache		<input type="checkbox"/> Anderes: _____

*in Zusammenarbeit mit unserem Kooperationspartner

Stand – Juni 2015

Einwilligung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Über oben genannte Diagnose, deren genetische Grundlage, sowie die Aussagemöglichkeiten und -grenzen der Gendiagnostik in meinem speziellen Fall, bin ich umfassend aufgeklärt worden. In einem Beratungsgespräch konnte ich alle Fragen stellen. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in oben genannte Untersuchung. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Ich habe keine weiteren Fragen, ich bin mit der Untersuchung einverstanden und wünsche die Durchführung molekulargenetischen Diagnostik.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine prädiktive Diagnostik (also auch eine pränatale Diagnostik) eine genetische Beratung durch eine/n Facharzt/-ärztin der Humangenetik oder eine/n nach §7 GenDG qualifizierten Arzt/Ärztin sowohl vor als auch nach der Untersuchung erfordert. Auf diese explizite Beratungspflicht kann ich nach schriftlicher Aufklärung und nach Information über die Inhalte der genetischen Beratung verzichten. ich wünsche eine genetische Beratung ich wünsche keine genetische Beratung

Ich bin einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag ggf. an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird.

Die gewonnene Probe wird nach Abschluss der Diagnostik nach GenDG §13 vernichtet. Die Probe darf anonymisiert für weitere Überprüfungen im Rahmen der Qualitätssicherung verwendet werden. für Weiterentwicklung (Forschung) verwendet werden. Die Befunde dürfen mehr als 10 Jahre aufbewahrt werden.

Ich wünsche, dass der Befundbericht außer an den die Untersuchung anfordernden Arzt (s.u.) auch an

weitere Ärzte: _____ mich selbst gesendet wird.

Ort, Datum

Name, Vorname (Druckschrift) Patient / Erziehungsberechtigter

Unterschrift

Name, Vorname (Druckschrift) Beratender Arzt

Unterschrift