

PATIENTENDATEN (ggf. Aufkleber)

Name:
Vorname:
Geb. Datum: Geschlecht: m w
Strasse:
PLZ: Ort:



**MVZ Universitätsklinikum Marburg II
Humangenetik**

Baldingerstraße | 35043 Marburg | Tel.: 06421 5863451 | Fax: 06421 5863511
Kooperationspartner: Zentrum für Humangenetik, Universitätsklinikum Gießen
und Marburg, Standort Marburg

Materialannahme: 06421-586 5944

Anforderung postnatale zytogenetische Diagnostik

ANGABEN ZUM KOSTENTRÄGER

- gesetzlich versichert (Überweisungsschein Muster 10)
- das Laborbudget des anfordernden Arztes wird nicht belastet -
- Privatrechnung (GOÄ-Rechnung an Patient)
- Selbstzahler
- Rechnung an Klinik

ANGABEN ZUM EINSENDER (ggf. Arztstempel)

Name des Arztes, ggf. Station (Druckbuchstaben):

.....

Tel.: Fax:

ANGABEN ZUM PROBENMATERIAL

- Heparin-Blut (5-8 ml, Raumtemperatur) DNA (mind. 1 µg, Raumtemperatur) Sonstiges:
- Entnahmedatum: Uhrzeit:

KLINISCHE DATEN UND INDIKATION

Verdachtsdiagnose/Fragestellung (Befunde bitte beilegen):

.....
.....

Anamnese:

- Kleinwuchs pränatal postnatal
- Mikrozephalie / Makrozephalie pränatal, postnatal
- Herzfehler
- Dysmorphien:**
- Psychomotorische Retardierung
- Sprachentwicklungsverzögerung
- muskuläre Hypotonie

.....
.....
.....

sonstige Fehlbildungen:

.....
.....
.....

UNTERSUCHUNGSaufTRAG

- Chromosomenanalyse**
- FISH**
Locus:
- Array** (nach Rücksprache/Weiterleitung an Fremdlabor)

.....
Ort, Datum

.....
Name, Vorname anfordernder Arzt (Druckschrift)

.....
Unterschrift anfordernder Arzt

Das Gendiagnostikgesetz fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung (verbleibt beim Einsender) und schriftliche Einwilligung der Patienten. Eine Kopie der schriftlichen Einwilligung muss zusammen mit dem Untersuchungsmaterial an das Labor gesendet werden. **Das Labor darf die Analyse nicht ohne vorliegende Einwilligung beginnen (§ 8, Abs. 1 GenDG).**

PATIENTENDATEN (ggf. Aufkleber)

Name:

Vorname:

Geb. Datum: Geschlecht: m w



**MVZ Universitätsklinikum Marburg II
Humangenetik**

Baldingerstraße | 35043 Marburg | Tel.: 06421 5863451 | Fax: 06421 5863511
Kooperationspartner: Zentrum für Humangenetik, Universitätsklinikum Gießen
und Marburg, Standort Marburg

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen darüber hinaus, die u. g. Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären.

Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an.

Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung (und ggf. zusätzlich spezielle schriftliche Aufklärungen) zu genetischen Analysen gemäß GenDG und EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) erhalten, gelesen und verstanden.

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine **Einwilligung zu den genetischen Analysen**, die zur Klärung der in Frage stehenden **Erkrankung / Störung / Diagnose**

..... notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahmen. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen sowohl von Mitarbeitern des MVZ Lahnberge als auch des Zentrums für Humangenetik am Universitätsklinikum Marburg eingesehen werden können. Zusätzlich bin ich damit einverstanden, dass der anfordernde Arzt/Ärztin (verantwortliche ärztliche Person gemäß GenDG) **die Befunde der Analyse(n) an folgende weitere Ärzte / Personen sendet:**

Frau / Herrn / Dr.:

- | | |
|---|---|
| 1. Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsmaterials an ein spezialisiertes Labor einverstanden. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Ich möchte über die Ergebnisse der genetischen Analyse insoweit informiert werden, wie es für mich und meine Familie für die o. g. Frage praktisch relevant ist. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ich bitte auch um Mitteilung von Zusatzbefunden , aus denen sich praktische Konsequenzen ableiten lassen. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass Ihre personenbezogenen Daten und medizinischen Ergebnisse/Befunde nach 10 Jahren vollständig vernichtet werden müssen. Diese Informationen können jedoch auch danach noch für Sie oder Ihre Angehörigen (z. B. für Ihre Kinder) von großer Bedeutung sein. Mit Ihrer Einwilligung dürfen wir diese Daten auch über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahren.

- | | |
|--|---|
| 4. Sind Sie damit einverstanden, dass die für Sie oder Ihre Angehörigen relevanten Daten / Unterlagen bis zu 30 Jahre aufbewahrt und erst dann vernichtet werden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|--|---|

- | | |
|---|---|
| 5. Ich bin einverstanden, dass erhobene Daten / Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke (u.a. zur Verbesserung des Ursachenverständnisses und der diagnostischen Möglichkeiten) genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften veröffentlicht werden. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|---|---|

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass **nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial** nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden. Bitte entscheiden Sie, ob und wie nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial verwendet werden darf.

- | | |
|--|---|
| 6. Ich bin einverstanden, dass das Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung aufbewahrt wird. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Ich bin einverstanden (Mehrfachnennungen möglich) mit der Verwendung dieses Materials | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der erhobenen Ergebnisse, | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ für zukünftige neue Diagnosemöglichkeiten für meine o.g. Fragestellung. Ich möchte über klinisch bedeutsame Ergebnisse informiert werden. | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ zum Zwecke der Qualitätssicherung, der studentischen Lehre, der Erforschung der o.g. Erkrankung und der Verbesserung der Diagnostik und Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form. | <input type="checkbox"/> nein |

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Patientin/des Patienten/des (gesetzlichen) Vertreters

.....
bei Vertreter: Name, Anschrift