

Institut für Pathologie am Universitätsklinikum Gießen & Marburg • Standort Gießen

Direktor: Prof. Dr. S. Gattenlöhner • Langhansstrasse 10 • 35385 Gießen • Tel.: 0641-985-41102 • Fax: Tel.: 0641-985-41119

Patientenetikett
Name:
Vorname:
Geb.-Datum:
Straße:
PLZ - Ort:
Krankenkasse:

Stationär Ambulant Privatpatient

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir die Einverständniserklärung der/des Patientin/en nach GenDG vorliegt.

Ort, Datum

Name und Unterschrift des einsendenden Arztes



Inspektionsstelle Typ C akkreditiert nach DIN EN ISO/IEC 17020:2012
Medizinisches Laboratorium akkreditiert nach DIN EN ISO 15189:2014



Koordinierende Referenzpathologie Pädiatrische Hodgkin-Lymphome
Zytogenetisches Referenzlabor BFM-NHL-, CoALL-, InReALL-Studien



International ERIC certification on the assessment of I/G mutations in CLL

Antrag zur Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß GenDG

(In Kooperation mit dem Institut für Humangenetik UKGM Standort Giessen, komm. Leiter PD Dr. Weber)

Das Gendiagnostikgesetz schreibt vor, dass genetische Analysen nur nach Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung der zu untersuchenden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden dürfen. Der verantwortliche Arzt muss über Bedeutung der Diagnostik aufklären. Bei auffälligem Befund muss eine fachlich qualifizierte genetische Beratung angeboten werden. Ferner erfordert gemäß §§ 8,9 jede genetische Untersuchung eine Beratung des Patienten/seines gesetzlichen Vertreters durch den verantwortlichen Arzt (Auftraggeber) und die gegenüber dem aufklärenden Arzt schriftlich erteilte Einverständniserklärung mit Erklärung zum Verbleib nicht verbrauchten Untersuchungsmaterials. Die Missachtung der gesetzlichen Vorschrift ist unter Strafe gestellt. Wir können die gewünschte Untersuchung nur durchführen, wenn uns zusammen mit diesem Auftragsformular eine Kopie der folgenden Einverständniserklärung mit Unterschrift des Patienten zugesendet wird.

EILT (z. B. Therapierelevanz)

- EDTA-Blut Entnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____
- DNA-Probe Volumen [µl]: _____ DNA-Konzentration [ng/ µl]: _____
- Sonstiges (nur nach vorheriger Absprache): _____

Untersuchungsauftrag

Pharmakogenetik

DPYD

Lungenerkrankungen

Pulmonale Hypertonie

Idiopathische Lungenfibrose

Tumorerkrankungen

BRCA1/BRCA2 (therapeutische Indikation)

Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinomsyndrom*

Hereditärer nicht-polypöser Darmkrebs (HNPCC)**

Polyposissyndrome (FAP, MAP, Juvenile Polyposis, PJS, PPAP)

Hereditäres Magenkarzinom, diffus (*CDH1*)

Rhabdoid-Prädispositionssyndrom Typ I und II

MEN Typ I

MEN Typ II

Medulläres Schilddrüsenkarzinom (*RET*)

Hereditäres Phäochromozytom-/Paragangliom-Syndrom

Neurofibromatose Typ I

Neurofibromatose Typ II

Familiäre Leukämien und Lymphome

Familiäre Tumoren (komplettes Genpanel)

Sonstige Tumordispositionssyndrome (nur nach Rücksprache): _____

* Die mit den gesetzlichen Krankenkassen definierten Kriterien des Deutschen Konsortiums für familiären Brust- und Eierstockkrebs zur Durchführung einer molekulargenetischen Untersuchungen müssen erfüllt sein (<https://www.konsortium-familiaerer-brustkrebs.de/betreuungskonzept/molekulardiagnostik/indikationen-gentest/>)

** Positive Amsterdam II bzw. revidierte Bethesda-Kriterien und nachgewiesene MSI am Tumorgewebe (vgl. S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom; https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-0070LI_S3_Kolorektales-Karzinom-KRK_2019-01.pdf)