



Name (Pat.):

Vorname (Pat.):

Geschlecht: m w d

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Auftrag/Indikation – Diagnose/Verdacht

Untersuchungsmaterial
(Art, Menge, ggf. Entnahmekzeitpunkt)

Kostenträger

- PKV (privat versichert) ambulant stationär
- Selbstzahler Rechnung an Patient
- Rechnung an Einsender

Humangenetische Leistungen belasten nicht das Laborbudget des anfordernden Arztes!

Einsender (Stempel) – Unterschrift

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG für die Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) für PRIVATPATIENTEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aufgrund der bei Ihnen und/oder Ihren Angehörigen und/oder Ihrem Kind erhobenen Befunde ist es nach Einschätzung Ihrer behandelnden Ärzte möglich, dass bei Ihnen oder Ihrem Kind eine Veränderung (Mutation oder Variante) des Erbgutes besteht, die entweder bereits zu Krankheitszeichen geführt hat oder möglicherweise in Zukunft zu einer Erkrankung führen kann. Viele Veränderungen des Erbgutes lassen sich durch die Untersuchung einer Blutprobe nachweisen. Für alle genetischen Untersuchungen gilt, dass Sie **vorher** von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der jeweiligen Untersuchung informiert werden müssen (Aufklärungspflicht). Sie haben jederzeit Anspruch, sich über die Erkrankung bzw. das Ergebnis einer genetischen Untersuchung im Rahmen einer Genetischen Beratung zu informieren. Bei der Untersuchung gesunder Risikopersonen (prädiktive Diagnostik, z. B. bei neurodegenerativen Erkrankungen oder erblichen Krebserkrankungen) muss vor und nach Abschluss der Untersuchung eine **Genetische Beratung** erfolgen. Sie können schriftlich auf diese Beratung verzichten, wenn Sie vorher schriftlich über ihre Inhalte aufgeklärt wurden.

Mit Ihrer nachstehenden Unterschrift bestätigen Sie, dass

- Sie von Ihrem behandelnden Arzt/Ihrer behandelnden Ärztin über Aussagekraft und Konsequenzen der unten genannten Untersuchung aufgeklärt wurden,
- Ihnen ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die unten genannte Untersuchung eingeräumt wurde,
- Sie die Einwilligung jederzeit widerrufen können, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird,
- Sie mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden sind.

Untersuchung bitte einfügen

Das GenDG schreibt eine **sofortige Vernichtung des Probenmaterials** nach der Untersuchung vor. Für eine längere Probenaufbewahrung (z. B. bei Stufendiagnostik, schwieriger Blutabnahme bei Kindern etc.) muss **Ihr ausdrückliches Einverständnis schriftlich vorliegen**. Gleiches gilt, wenn die Untersuchungsergebnisse länger als die gesetzlich vorgeschriebenen 10 Jahre aufbewahrt werden sollen (z. B. für Familienuntersuchungen von vererbten Erkrankungen). Die Weiterleitung des Untersuchungsauftrags ist ebenfalls **zustimmungspflichtig**. Auch eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an Dritte (z. B. mitbehandelnde Ärzte/Ärztinnen, Angehörige) erfolgt nur **mit Ihrer Zustimmung**. **Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben und die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht, von der nur Sie uns schriftlich entbinden können.**

Aufbewahrung des Probenmaterials zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. auch von weiterführenden genetischen Untersuchungen zur Diagnosefindung einverstanden nicht einverstanden

Aufbewahrung des Probenmaterials für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke (nicht Zutreffendes bitte streichen) einverstanden nicht einverstanden

Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden nicht einverstanden

Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden nicht einverstanden

Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor einverstanden nicht einverstanden

Mitteilung von ggf. erhobenen Nebenbefunden der genetischen Diagnostik, auch wenn diese nicht direkt im Zusammenhang mit der o. g. Erkrankung/Störung/Diagnose stehen einverstanden nicht einverstanden

Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an Ihre mitbehandelnden Ärzte/mitbehandelnden Ärztinnen (z. B. humangenetische Beratungsstellen, medizinische Kooperationseinrichtungen) einverstanden nicht einverstanden

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die entstehenden Kosten nach Abschluss der Beratung und evtl. Diagnostik mit mir persönlich abgerechnet werden.

Die hier getroffenen Aussagen können jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Unterschrift behandelnde(r) verantwortliche(r) Ärztin/Arzt
(Originalunterschrift, zusätzlich Blockschrift)

Praxis für Humangenetik Bremen
Schwachhauser Heerstraße 50 a–c
28209 Bremen

Telefon (0421) 346 743-40 oder -41
Telefax (0421) 346 743-48
kontakt@praxis-fuer-humangenetik.de
praxis-fuer-humangenetik.de

Priv.-Doz. Dr. med. Stephanie Spranger
Fachärztin für Humangenetik
Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Bernd Kazmierczak
Fachhumangenetiker (GfH)

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE17 3006 0601 0105 0881 00
BIC DAAEED33XXX