



Name (Pat.):

Vorname (Pat.):

Geschlecht: m w d

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Auftrag/Indikation – Diagnose/Verdacht

Untersuchungsmaterial

Fruchtwasser Nabelschnurblut

Chorionzotten Blut der Mutter

Kostenträger

GKV (gesetzlich versichert) ASV (ambulante spezialärztliche Versorgung)

ambulant (Laborüberweisung Muster 10/Überweisungsschein Muster 6 erforderlich)

stationär, Rechnung an Klinik stationär, Rechnung an Einsender

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 pränatalen genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie nach Aufklärung und gegebenenfalls genetischer Basisberatung und in Kenntnis Ihres schriftlichen Widerrufsrechts Ihr Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und die dafür erforderliche Blut- bzw. Gewebeatnahme. Das Material wird zur Untersuchung an die Praxis für Humangenetik in Bremen weitergeleitet. Das untersuchende Labor darf dieses Material zum Zweck der Untersuchung des AFP und ACHE und im Falle einer molekulargenetischen Untersuchung des Feten an ein anderes Labor weiterleiten.

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,
- Sie bei einem unauffälligen Befund auf eine genetische Beratung verzichten,
- im besonderen Einzelfall ein schneller Versand von Probenmaterial notwendig sein kann. In diesem Fall sind Sie mit der Versendung über den TNT Express-Dienst einverstanden und übernehmen die Kosten.

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

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)