

Einwilligung zur genetischen Untersuchung

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

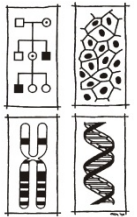
Name _____ Vorname _____
geb. _____ männlich weiblich
Straße _____
PLZ _____ Ort _____

Bitte zurücksenden an:

Zentrum Med. Genetik Würzburg
Biozentrum, Am Hubland
97074 Würzburg

Praxis für Humangenetik
PD Dr. med. Erdmute Kunstmann
Tel.: 0931-3184435, Fax: 0931-45265859
E-Mail: kunstmann@biozentrum.uni-wuerzburg.de

Institut für Humangenetik, Array-Labor
Frau Prof. Dr. Eva Klopocki
Tel.: 0931-3189779, Fax: 0931-31897790
Tel.: 0931-3184435
E-Mail: eva.klopocki@uni-wuerzburg.de



04/2024

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patienten sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.

Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:

über die in Frage stehende Erkrankung / Störung / Diagnose: deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung / Vermeidung / Behandlung sowie über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut- / Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden beantwortet.	<input type="checkbox"/> ja
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse auch an meinen Hausarzt bzw. folgende/n mitbehandelnde/n Ärztin/Arzt geschickt werden: Frau / Herrn Dr.: Straße: PLZ und Ort:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei genetischen Analysen können sich Zusatzbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen. Ich wünsche die Mitteilung solcher Zusatzbefunde.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial (Blut- oder DNA-Probe) nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden. Für spätere genetische Untersuchungen in der Familie ist es wichtig, Vergleichsmaterial zur Verfügung zu haben. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und späterer Untersuchungen in meiner Familie.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial ist auch wichtiges Vergleichsmaterial für die Qualitätssicherung der genetischen Untersuchungen im Labor. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass die Ergebnisse der Untersuchung nach 10 Jahren vernichtet werden. Häufig sind diese Daten aber auch später noch wichtig für Ihre Kinder und Enkelkinder. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke nachfolgender Untersuchungen in meiner Familie.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial ist auch wichtig für die Erforschung von biologischen Mechanismen, die zur Entstehung von Krankheiten führen. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden.	<input type="checkbox"/> ja <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 die eingeleitete Untersuchung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschl. aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genetischen Analyse für die o.g. Fragestellung und zu der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme.

Ort, Datum Unterschrift der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters

Auftrag zur postnatalen Array-CGH Untersuchung

Zentrum Medizinische Genetik Würzburg, Biozentrum, Am Hubland, 97074 Würzburg

04/2024

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Geschlecht:

weiblich

männlich

Kostenträger (bitte unbedingt ausfüllen!):

GKV-Patient/-in **▶ bitte Ü-Schein 10 beilegen**

Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patient)

Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patient)

GOÄ-Rechnung an Einsender/Klinik

GOÄ-Abrechnungen erfolgen über die Ärztl. Verrechnungsstelle Büdingen e.V.

MATERIAL: 5-10 ml EDTA-Blut

Bitte Blutröhrchen eindeutig beschriften, bruchsicher verpacken, bei Raumtemperatur aufbewahren und versenden.

Bei Fragen: Tel.: **0931 / 3189779**

Eingangsdatum:

B-Nr.: _____

G-Nr.: _____

UNTERSUCHUNGSauftrag

Differentialdiagnostik

prädiktiv / Heterozygotendiagnostik

Array-CGH (5-10 ml EDTA-Blut)

Hinweis: Vor der Durchführung der Array-CGH als Regelleistung nach EBM-Ziffer 11508 muss ein konstitutioneller Karyotyp vorliegen (**bitte unbedingt Karyotyp-Befund mitschicken!**)

andernfalls:

2-5 ml Heparin-Blut (möglichst Ammonium/NH₄-Heparin) und Auftrag für Chromosomenanalyse mitschicken!

Angaben zum Patienten - Bitte sorgfältig ausfüllen oder Befunde beifügen!

Verdachtsdiagnose:

Geistige Retardierung:

ja

nein

Kleinwuchs:

ja

nein

Statomotorische Retardierung:

ja

nein

Hochwuchs:

ja

nein

Mikrozephalie:

ja

nein

Fehlbildungen:

ja

nein

wenn ja, welche:

weitere Angaben (z.B. Symptome, Stammbaum), wenn möglich, bitte Arztbrief beilegen:

Probenentnahme am: _____ durch: _____

Name der verantwortlichen ärztlichen Person (bitte in Druckschrift)

Datum und Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

Arztstempel

Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligungserklärung der Patientin/des Patienten vorliegt.