

Auftrag zur pränatalen molekulargenetischen Diagnostik

Labor-Nummer:

Patientendaten (ggfs. Aufkleber)

Name: Vorname:

geb.....

Anschrift:.....
.....

Tel.

Zentrum für Pränataldiagnostik und Humangenetik /
Partnerschaft

Bereich Humangenetik:

Dr. med. J. Bürger
Dr.med.U.Knoll
PD Dr. rer nat.M.Stumm
Prof.Dr.rer.nat.R.-D.WegnerKurfürstendamm 199
10719 Berlin
Tel. (030) 88 04 31 77
Fax. (030) 88 04 31 76Untersuchungsauftrag (bitte ankreuzen bzw. ergänzen)

- Array-CGH
- Molekulargenetische Diagnostik bezüglich:.....

Untersuchungsmaterial: (Entnahme am ggfs. Uhrzeit:.....) Fruchtwasser Chorionzotten Fetalblut sonstigesIndikation (bitte ggfs. Vorbefunde / Befunde beilegen) :Befund an/ Einsender (Stempel und Unterschrift)

.....

Angaben zur Klinik:

- Ethnischer Hintergrund (soweit medizinisch relevant) Mitteleuropa Türkei Arabisch
 Ashkenazim

Angaben zur Abrechnung: Überweisungsschein liegt bei Privatversicherung

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.

*Genetische Untersuchungen sind jeweils zielgerichtet auf eine bestimmte Fragestellung angezeigt.
Es erfolgte eine ärztliche Aufklärung und ggfs. genetische Beratung zu den Möglichkeiten und Grenzen sowie von Konsequenzen der vorgesehenen genetischen Untersuchung - ich hatte Gelegenheit, Fragen mit dem verantwortlichen Arzt zu erörtern. Allgemeines schriftliches Aufklärungsmaterial (und ggf. zusätzlich eine spezielle schriftliche Aufklärung) standen zur Verfügung.*

Ich wünsche die genetische Diagnostik und bestätige mit meiner Unterschrift - nach ausreichender Bedenkzeit - der Untersuchung sowie der dazu nötigen Blut-/Gewebeentnahme zuzustimmen.

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an eine spezialisierte medizinische Kooperationseinrichtung bin ich einverstanden.

[] ja [] nein

Die Mitteilung der Untersuchungsbefunde an mich durch den verantwortlichen Arzt ist vorgesehen. Ich bitte auch um die Mitteilung der Befunde der Analyse(n) an weitere Ärzte / Personen durch die verantwortliche ärztliche Person:

[] behandelnder Arzt laut Überweisungsschein

[] an :

.....

Selten können sich im Zusammenhang mit einer genetischen Analyse unerwartet zusätzliche Informationen ergeben (Zufallsbefunde)

Ich möchte über Zufallsbefunde insoweit informiert werden, wie es für mich und meine Familie praktische Konsequenzen nach sich ziehen kann.(*)

Der Gesetzgeber hat Vorschriften zur Aufbewahrung getroffen. Er schreibt vor, dass die personenbezogenen Daten und medizinischen Ergebnisse/Befunde nach 10 Jahren vollständig vernichtet werden müssen. Diese Informationen können jedoch auch danach noch von persönlicher Bedeutung sein. Ähnliches gilt für das Probenmaterial, dessen Vernichtung nach der Untersuchung vorgesehen ist.

Mit ausdrücklicher Einwilligung dürfen wir das Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung sowie die erhobenen Daten auch über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahren.

Ich wünsche, dass für mich oder meine Angehörigen relevante Daten / Unterlagen länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können. (*)

Ich bin einverstanden, dass überschüssiges Probenmaterial bzw. erhobene Daten für die Nachprüfbarkeit der Ergebnisse (*), in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für qualitätssichernde Maßnahmen (*) oder für wissenschaftliche Zwecke (anonymisierte Veröffentlichung in Fachzeitschriften) (*) zur Verfügung stehen können..

ja nein

Für Krankenversicherte in einer Privaten Krankenversicherungen bzw. Selbstzahler:

Ich bin damit einverstanden, dass abrechnungsrelevante Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung zur Untersuchung selbst, zur Mitteilung der Ergebnisse bzw. zur Aufbewahrung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann und in diesem Falle lediglich die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

(*) *Nichtzutreffendes ggfs. bitte streichen*

Ort, Datum

Unterschrift /Patient bzw. Patientin bzw. gesetzl.. Vertreter: bei gesetzlichem Vertreter: Name, Vorname)

Unterschrift /verantwortl. Arzt gemäß GenDG

Arztname in Druckschrift