

Einwilligung zur Panel-Sequenzierung

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

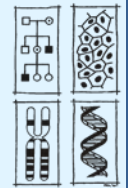
Name _____ Vorname _____
 geb. _____ männlich weiblich
 Straße _____
 PLZ _____ Ort _____

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, DNA-Labor
 Tel: 0931-3189779, Fax: 0931-31897790
 E-Mail: eva.klopocki@uni-wuerzburg.de

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patienten.

Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und unterschreiben Sie diese, wenn Sie mit allen Punkten einverstanden sind:

<p>Ich bin damit einverstanden, dass meine DNA bzw. die DNA meines Kindes mittels Panel-Sequenzierung analysiert wird, um die klinische Diagnose einer Kraniosynostose / eines Kraniosynostose-Syndroms abzuklären. Über 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.</p>	<input type="checkbox"/> ja
<p>Bei genetischen Analysen können sich Zusatzbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen. Ich wünsche die Mitteilung solcher Zusatzbefunde.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>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.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>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).</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>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).</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>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.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Die Daten der genetischen Analysen werden am Institut für Humangenetik gespeichert und in anonymisierter Form zu Vergleichszwecken bzw. für die Qualitätssicherung in Datenbanken hinterlegt.

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 Sequenzierung eines Kraniosynostose-Panels

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



Patientendaten (ggf. Aufkleber):

M W

Name _____

Vorname _____ geb. _____

Kostenträger (bitte unbedingt ausfüllen!):

- GKV-Patienten** ▶ **bitte Ü-Schein 10 beilegen**
- Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patienten)**
Falls Kostenvorschlag erforderlich, bitte anfordern.
- Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patienten)**
Falls Kostenvorschlag erforderlich, bitte anfordern.
- Abrechnung gemäß § 116b SGB V (nach EBM)**
- GOÄ-Rechnung an Einsender/Klinik**
GOÄ-Abrechnungen erfolgen über die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen e.V.

Klinische Verdachtsdiagnose (bitte Befundkopie beilegen):

Informationen zur Eigen- und Familien-Anamnese:

MATERIAL: 5-10 ml EDTA-Blut, Röhrchen bitte eindeutig beschriften, bruchsicher verpacken; ohne Kühlung und möglichst innerhalb einer Woche versenden!

UNTERSUCHUNGSauftrag (bitte ankreuzen)

Informationen zum Kraniosynostose-Panel:

Die Technik des „Next generation sequencing“ (NGS) erlaubt die parallele Analyse zahlreicher Gene in einem Untersuchungsansatz mittels sog. Panel-Diagnostik. Für unser **Kraniosynostose-Panel** haben wir **67 Gene** zusammengefasst: alle bekannten mit Kraniosynostose assoziierten Gene sowie weitere an kraniofazialer und Skelett-Entwicklung beteiligte Gene.

Für **Selbstzahler** erfolgt nach Vorlage einer schriftlichen Kostenübernahme-Erklärung immer die Analyse des kompletten Kraniosynostose-Panels.

Da ab dem 01.07.2016 für **gesetzlich versicherte Patienten** ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse nur bis zu 25 kb kodierender Sequenz analysiert werden dürfen, wurde das Kraniosynostose-Panel in drei Subpanels mit einer klinisch orientierten Auswahl an Genen bis max. 25 kb unterteilt.

Bitte kreuzen Sie unten das gewünschte Subpanel an.

Die Analyse des gesamten Kraniosynostose-Panels (über 25 kb hinaus) ist für GKV-Patienten **mit zusätzlicher Genehmigung** durch die gesetzliche Krankenkasse oder als **individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)** möglich. Gerne sind wir bei der Antragstellung für die Krankenkasse behilflich. Die Analyse des gesamten Kraniosynostose-Panels erfolgt nur nach Vorlage einer schriftlichen Kostenübernahme-Erklärung.

Gerne beantworten wir Ihre Rückfragen.

Dr. Gerhard Meng, Tel: 0931-31-84064 (Kosteninformationen)

Dr. Wolfram Kress, Tel: 0931-31-84062 (klinische Fragen)

Konstantinos Kolokotronis, Tel: 0931-31-82817 (klinische Fragen)

Prof. Dr. Eva Klopocki, Tel: 0931-31-89779 (technische + klinische Fragen)

> Bitte beachten Sie auch unser Auftragsformular für **Einzelgen-Analysen** (z.B. *FGFR2*, *FGFR3*, *TWIST1* etc.) auf unserer Internetseite:
<http://www.humgen.biozentrum.uni-wuerzburg.de/patientenversorgung/formulare/>

Kraniosynostose Syndrome

- Carpenter Syndrom 1 (*RAB23*) / Carpenter Syndrom 2 (*MEGF8*)
- Greig-Cephalosyndaktylie Syndrom (*GLI3*)
- Crouzon Syndrom / Pfeiffer Syndrom (*FGFR2*)
- Münke-Syndrom / Crouzon mit acanthosis nigricans (*FGFR3*)
- Pfeiffer-Syndrom (*FGFR1*)
- Saethre Chotzen Syndrom /Kraniosynostose 1 (*TWIST1*)
- Kraniosynostose 2 (*MSX2*)
- Kraniosynostose 3 (*TCF12*) / Kraniosynostose 4 (*ERF*)

seltene mit Kraniosynostose assoziierte Syndrome

- Antley-Bixler Syndrom (*POR*)
- Baller-Gerold Syndrom (*RECQL4*)
- Bohring-Opitz Syndrom (*ASXL1*)
- Craniofrontonasale Dysplasie (*EFNB1*)
- Kraniosynostose und dentale Anomalien (*IL11RA*)
- Kraniosynostose 6 (*ZIC1*)
- Shprintzen Goldberg Kraniosynostose Syndrom (*SKI*)
- Trigonocephalie (*FREM1*)

kraniofaziale Fehlbildungen

- Cleidocraniale Dysplasie (*RUNX2*)
- Cranioektodermale Dysplasie 1-4 (*IFT22*, *WDR35*, *IFT43*, *WDR19*)
- Frontonasale Dysplasie (*ALX4*)
- LADD-Syndrom (*FGF10*)
- Orofaziale Spalte 11 (*BMP4*)

Gesamtes Kraniosynostose-Panel

- für Selbstzahler bzw.
- für GKV-Patienten nach Genehmigung

Probenentnahme am: _____ durch: _____

Name der verantwortlichen ärztlichen Person (bitte in Druckschrift)

Datum

Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

Arztstempel

Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligungserklärung des Patienten vorliegt (siehe Seite 1).