

Einwilligung zur genetischen Untersuchung

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

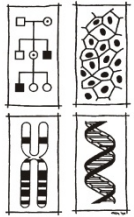
Name	Vorname
geb.	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße	
PLZ	Ort

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, Zytogenetik
Prof. Dr. Eva Klopocki
Dr. Indrajit Nanda
 Tel.: 0931-3184080, Fax: 0931-3184058
 E-Mail: eva.klopocki@uni-wuerzburg.de



04/2014

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 <input type="checkbox"/> nein
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 der Verwendung von Übersichtsmethoden (Suchtests) können sich Zufallsbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen. Auf die Mitteilung solcher Zufallsbefunde verzichte ich.	<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 (z.B. Ursachenklärung) 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
Genetische Proben sind 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
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
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
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei einem unauffälligen Chromosomenbefund verzichte ich auf eine persönliche Befundmitteilung und wünsche nur eine schriftliche Befundmitteilung.	<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 pränatalen zytogenetischen Untersuchung

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

04/2014

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name

Vorname

geb.

Kostenträger:

- GKV-Patient/-in** ► bitte Ü-Schein 6 (gelb) beilegen
Humangenet. Leistungen belasten NICHT das Laborbudget des anford. Arztes (EBM Kap. 11)
- Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patient.)**
- Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patient.)**
- GOÄ-Rechnung an Einsender/Klinik**
GOÄ-Abrechnungen erfolgen über die Ärztl. Verrechnungsstelle Büdigen e.V.

MATERIAL: 10-20 ml Fruchtwasser,
Chorionzotten, Abortgewebe, (in Transportmedium nach Rücksprache; Tel: **0931 / 3184083**)
Bitte Material steril entnehmen, eindeutig beschriften, bruchsicher verpacken und bei Raumtemperatur versenden!

UNTERSUCHUNGSauftrag (bitte ankreuzen)

Eingangsdatum:

A-Nr.:

G-Nr.:

Chromosomenanalyse an

- Fruchtwasser
 Chorionzotten*
 Abortgewebe*

Pränataler Schnelltest

- Chr.13,18,21,X,Y
mittels FISH bzw. STR-Test

Spezialuntersuchungen - Molekulare Zytogenetik

- DiGeorge-Syndrom
 Wolf-Hirschhorn-Syndrom
 Cri-du-chat-Syndrom
 sonstige FISH:
 Array CGH §

Sonstiges

- AFP-Bestimmung#
 ACHE-Bestimmung#

* bitte 2ml EDTA-Blut der Patientin z.A.
mütterlicher Kontamination mitschicken

Molekulargenetische Untersuchung auf: ÜS10

§ bitte EDTA-Blutproben (5-10 ml)
der Eltern mitschicken

wird als Unterauftrag vergeben

Angaben zum Patienten – Bitte sorgfältig ausfüllen oder Befunde beifügen!

SSW (rechn.)..... SSW (US)..... 1. Tag der letzten Periode:.....

Mehrlingsgravidität monochorial monoamnial

Gravida..... Para..... Aborte..... Infertilitätsbehandlung: ja nein

Anlass der Untersuchung (bitte detaillierte Angaben):

- Alter der Patientin auffälliges Ersttrimesterscreening NT-Erhöhung:mm
 sonstige ultrasonographische Auffälligkeiten:

sonstige Gründe:

Bemerkungen:

Probenentnahme am: _____ durch: _____

Befund auch als Fax an Einsender (Fax-Nr.): _____

Name (bitte in Druckschrift) und

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Stempel des verantwortlichen Arztes

Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligungserklärung der Patientin vorliegt (siehe Seite 1)!