

Anforderungsbeleg für eine genetische Untersuchung nach GenDG

Die **vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung** der Patientin/des Patienten bzw. eines gesetzlichen Vertreters auf der **Rückseite** ist **unbedingte Voraussetzung** für die Durchführung der genetischen Untersuchung.

Patientenaufkleber oder in <u>Druckbuchstaben</u> ausfüllen: Krankenkasse: Name: _____ Vorname: _____ Geb. Dat.: _____ Anschrift: _____ (Straße, Hausnummer) _____ (PLZ, Wohnort)	ggf. Sorgeberechtigter / gesetzlicher Vertreter
---	---

Klinische Angaben (bitte unbedingt ausfüllen!) Diagnose/Bemerkungen: _____ _____ Fragestellung: _____ _____ Entnahmedatum: _____ Transfusionen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt: _____ Transplantationen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt: _____ Schwangerschaften: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt: _____ Schwangerschaftswoche (falls zutreffend): _____	Einsender (Stempel) Ärztin/Arzt _____ (in Druckbuchstaben)
	Untersuchungsmaterial <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

unzureichend gekennzeichnete Primärproben werden zurückgewiesen!

Analysen

- HLA-B27
 HLA-B5701
 Zöliakie oder Narkolepsie
 Einzelne(s) HLA-Antigen(e), gewünschte(s)

Antigen(e): _____
 RHD-Zygotie

Material

- EDTA 7,5 ml
EDTA 7,5 ml
EDTA 7,5 ml
EDTA 7,5 ml

EDTA 7,5 ml

Nichtinvasiver Pränataltest bei negativem Antikörpersuchtest

- NIPT-RhD¹ EDTA 9 ml
vor einer gezielten Anti-D-Prophylaxe

Nichtinvasiver Pränataltest bei positivem Antikörpersuchtest

- NIPT-RhD¹ EDTA 9 ml
 NIPT-RhC¹ EDTA 9 ml
 NIPT-Rhc¹ EDTA 9 ml
 NIPT-Rhe¹ EDTA 9 ml

¹Frühestens ab der 12. Schwangerschaftswoche (Woche 11+0)

Sonstiges (nach tel. Rücksprache): _____

Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Patient*in Name, Vorname:	ggf. Sorgeberechtigter / gesetzlicher Vertreter
Geb .Dat.:	

Ich bin damit einverstanden, dass die Proben für genetische Untersuchungen bezogen auf folgende Fragestellung verwendet werden:

HLA-Typisierung bei (Indikation)

Nichtinvasiver Pränataltest für fetale Blutgruppenmerkmale in der Schwangerschaft

RHD-Zygotie

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen (Bitte entsprechend ankreuzen ☐)		
Ich möchte über das Ergebnis der Untersuchung informiert werden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bitte um Mitteilung des Untersuchungsergebnisses an folgende Ärzte: Frau/Herr/Klinik	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Aufbewahrung von Restmaterial nach Abschluss der Untersuchung einverstanden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
a) zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
b) für die Weiterentwicklung vorhandener Verfahren für die bei mir zutreffende Fragestellung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass einer der Untersucher zum Zwecke der Qualitätssicherung in Zukunft mit mir Kontakt aufnimmt.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ich erkläre, dass ich über die Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten Untersuchungen aufgeklärt worden bin. Eine angemessene genetische Beratung hat stattgefunden. Die möglichen Ergebnisse der genetischen Untersuchungen wurden in ihren denkbaren Konsequenzen ausführlich erörtert. Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Meine Daten werden streng geschützt vor jedem unbefugten Zugriff gespeichert. **Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit. Ich kann jederzeit verlangen, dass mir Untersuchungsergebnisse nicht mitgeteilt werden (Recht auf Nichtwissen) und/oder dass Untersuchungsergebnisse, die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs ermittelt wurden, vernichtet werden. Ein Nachteil entsteht mir daraus nicht.** Ein Kopie dieser Einwilligung habe ich erhalten.

Unterschrift Patient*in bzw. gesetzlicher Vertreter Ort, Datum	Unterschrift Ärztin/Arzt Ort, Datum
Patient*in / ges. Vertreter	Ärztin/Arzt

Ohne Einwilligungserklärung der Patientin/des Patienten darf mit der Untersuchung nicht begonnen werden!