

Einsendeschein für molekulargenetische Analyse. Bitte senden an:

Gemeinschaftspraxis für Humangenetik



Dr. med. Andrea Bier
Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Krüger
Dr. med. Silke Reif

Gutenbergstraße 5 · 01307 Dresden
Tel: 0351 / 44 66 34 0
Fax: 0351 / 44 66 34 15
praxis@medizinische-genetik-dresden.de
www.medizinische-genetik-dresden.de

Fachärzte für Humangenetik

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

männlich weiblich

Ethnische Herkunft:

Blutsverwandtschaft der Eltern:

unbekannt nein ja

.....
Name, Vorname

Angaben zur Abrechnung:

geb. am

.....
Telefon

ambulant

Krankenkasse:

.....
Straße, Nr.

Bitte Labor-Überweisungsschein Muster 10
beilegen!

stationär privat

.....
PLZ

.....
Ort

Rechnung an:

Obligate Angabe:

o. a. Pat. ist Indexpatient ja nein

krankheitsrelev. Mutation(en) bei Familienmitglied nachgewiesen ja nein (ggf. bitte Kopien beilegen;
ggf. Rückseite benutzen)

Untersuchungsmaterial (bitte beschriften; Versandmaterial kann bei uns angefordert werden):

EDTA-Blut ml DNA aus,ng/ μ l sonstiges:

(Verdachts-) Diagnose(n), ggf. Symptomatik / Familienanamnese / Vorbefunde:

(ggf. bitte Kopien beilegen; ggf. Rückseite benutzen)

Angeforderte Untersuchungen:

Einwilligung des Patienten / der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters gemäß GenDG (Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung durch die verantwortliche Ärztin / den verantwortlichen Arzt und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes nach angemessener Bedenkzeit meine Einwilligung in die geplante genetische Analyse und die dafür erforderliche Blut-/Gewebeentnahme. Ich willige ein, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt / publiziert werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial überbreite ich zur Validierung von Methoden, für ggf. ergänzende Untersuchungen und für laboranalytische Kontrollmaßnahmen zur Diagnosefindung hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat. Ich möchte über so genannte Zufallsbefunde (Ergebnisse, die sich nicht auf die o. g. Diagnose beziehen) nicht informiert werden. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Patientin/
des Patienten bzw. des
gesetzlichen Vertreters

Stempel und Unterschrift des
gemäß GenDG verantwortlichen
einsendenden Arztes