

Auftrag und Einwilligung zur zytogenetischen Diagnostik

- Versand des Untersuchungsmaterials an uns bitte **direkt nach Entnahme**:
- beschriftet (Name/Geb.-Datum)
 - inkl. aller benötigter Unterlagen / Angaben / Unterschriften

Weitere Informationen zur Entnahme und zum Versand der Proben sowie zur geschätzten Untersuchungsdauer sind dem **Primärproben-Handbuch** auf der Homepage des IHG zu entnehmen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir alle Unterlagen vor Analysestart benötigen. Kostenvorschläge können telefonisch unter 040-7410-55536 angefordert werden. Bereits entnommene Proben bitte auch trotz evtl. fehlender Unterlagen vorab direkt ans Labor schicken.

Patientin / Patient Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d Nachname Vorname Geburtsdatum	Einsendende / verantwortliche ärztliche Person Name und Adresse (Bitte <i>vollständig</i> und <i>leserlich</i> für Befundversand!): Datum Name (in Druckbuchstaben) [STEMPEL] Unterschrift
Untersuchungsmaterial (<i>Beschriftung mit Name/Geb.-Datum/Barcode!</i>) <input type="checkbox"/> Heparin-Blut (Erwachsene: 5 ml. Säuglinge/ Kleinkinder: mindestens 1 ml. Für Chromosomenbrüchigkeitsanalyse: mindestens 3 ml) <input type="checkbox"/> Hautbiopsat (Hautstanze steril in Transportmedium oder in steriler physiologischer Kochsalzlösung) <input type="checkbox"/> Abortgewebe (bitte spezifizieren: z.B. Nabelschnur, Chorion-/Plazentazottengewebe; steril in Transportmedium oder alternativ in steriler physiologischer Kochsalzlösung) Entnahmedatum: Uhrzeit:	Kostenträger / Kostenübernahme Privat versichert [bitte zusätzlich die „ Dokumente zur Privatabrechnung “ (s. Homepage) ausfüllen!] Rechnung an <input type="checkbox"/> Einsender/in, Klinik <input type="checkbox"/> Patient/in (Selbstzahler/in) Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> ambulant (Überweisungsschein Muster 10 im Original beilegen, Angabe von Diagnose und Auftrag sowie Stempel und Unterschrift zwingend erforderlich) <input type="checkbox"/> stationär – UKE intern (Soarian-Anforderung für ILV einstellen) <input type="checkbox"/> stationär – UKE extern (Rechnung an:)

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)			
<i>(Nicht Zutreffendes bitte streichen!)</i>			
Ich bin nach erfolgter Aufklärung und/oder genetischer Beratung damit einverstanden, dass bei <input type="checkbox"/> mir <input type="checkbox"/> meinem Kind <input type="checkbox"/> der von mir betreuten Person im Hinblick auf (Diagnose/Fragestellung): die dafür erforderliche Blut- bzw. Gewebeentnahme erfolgt und eine genetische Untersuchung am Institut für Humangenetik des UKE oder einer kooperierenden Einrichtung durchgeführt wird. Nach Vorgaben des GenDG soll das Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Analyse vernichtet werden. Es ist jedoch oftmals sinnvoll, verbleibendes Untersuchungsmaterial aufzubewahren. Ich überlasse dem Institut für Humangenetik des UKE nicht mehr benötigtes Untersuchungsmaterial für weiterführende Diagnostik, Qualitätssicherung, Lehre und wissenschaftliche Fragestellungen. Das GenDG sieht vor, dass Ergebnisse genetischer Analysen nach 10 Jahren vernichtet werden. Diese Informationen können u. U. jedoch auch später noch für Sie / Ihre Angehörigen von Bedeutung sein. Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden. Ich stimme einer anonymisierten Verwendung der Befunde für wissenschaftliche Zwecke zu. Für die Interpretation genetischer Daten ist es häufig notwendig, sich mit weiteren klinisch-tätigen Kollegen/-innen auszutauschen. Ich bin damit einverstanden, dass ein fachlicher- und Datenaustausch mit weiteren klinisch tätigen Kollegen/-innen bzw. die diesbezügliche Diskussion in interdisziplinären Fallkonferenzen / Boards stattfinden darf. Die Untersuchungsergebnisse dürfen von der verantwortlichen ärztlichen Person folgenden weiteren Personen/Einrichtungen (z. B. Haus-/ Kinderarztpraxis) mitgeteilt bzw. weitergeleitet werden: Ich wünsche, dass mir Befunde, die nicht mit der ursprünglichen Fragestellung in Verbindung stehen (sog. Zusatzbefunde), mitgeteilt werden, wenn sich hieraus unmittelbare Konsequenzen für die medizinische Behandlung oder Vorbeugung für mich bzw. erhebliche genetische Risiken von Angehörigen ergeben können. Mir ist bekannt, dass ich die gemachten Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen oder persönliche Nachteile schriftlich widerrufen kann.			
..... Ort, Datum Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. des (gesetzlichen) Vertreters Unterschrift der Mutter* Unterschrift des Vaters*
*Genetische Analysen bei Minderjährigen: bei nur einer geleisteten Unterschrift obliegt die Verantwortung der Einholung / Bestätigung der Zustimmung des anderen Elternteils der verantwortlichen ärztlichen Person			

