

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb.am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Begutachtungsantrag und Einwilligung zu genetischen Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)



Geschlecht weiblich männlich divers unbestimmt unbekannt

Untersuchungsmaterial

FFPE-Gewebe (Gewebeblock bzw. Leerschnitte)

Bitte beachten, dass die Tests nur als private oder stationäre Leistung angefordert werden können

Auftrag / Indikation – Diagnose / Verdacht

- DPYD-Genotypisierung z.A. einer genetisch bedingten 5-FU-Toxizität*
- Hämochromatose
- Zöliakie (Sprue)
- Hereditäre Fructose-Intoleranz (HFI)
- Laktose-Intoleranz

*Erläuterungen siehe Rückseite

Einwilligung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) und der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern/Sorgeberechtigte,

Nach Vorgabe des GenDG darf die Untersuchung nur mit Ihrer Einwilligung durchgeführt werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass

- Sie von Ihrem behandelnden Arzt über Aussagen und Konsequenzen der o.g. genetischen Untersuchung umfassend aufgeklärt wurden und Sie diese Erklärung verstanden haben.
- Sie im o.g. Aufklärungsgespräch alle Sie interessierenden Fragen stellen konnten und diese Ihnen vollständig und verständlich beantwortet wurden.
- Ihnen bekannt ist, dass Sie die Zustimmung jederzeit widerrufen und die Untersuchung abbrechen können (Recht auf Nichtwissen).
- Sie mit der Verwendung des Probenmaterials für o.g. genetische Untersuchung einverstanden sind.
- alle Angaben, die Sie gemacht haben sowie alle Ergebnisse der Untersuchung, der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) unterliegen und ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen. Sie können diese Einwilligung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

JA **NEIN**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erkläre mich einverstanden mit

- der Aufbewahrung des aus dem Probenmaterial gewonnenen Untersuchungsguts für weiterführende Untersuchungen zur Diagnosefindung, eventuellen Überprüfung der Ergebnisse oder Qualitätskontrolle.
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren.
- der Befundmitteilung an meinen behandelnden Arzt bzw. weitere Ärzte.
- der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern, sowie der späteren Weitergabe der Befunde an folgende Familienmitglieder, falls ärztlich wichtig: _____
- der Aufbewahrung, Eintragung und Verwendung des Untersuchungsmaterials und dessen Ergebnisse in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift/Stempel der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme

Erfassen

Allgem. Labor

Mol. Auswertung

Pathologe

Präparat-Nr. Einsender

Fall-Nr. MVZ Trier

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH

Ärztlicher Leiter/Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann · PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto
Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen
Max-Planck-Str. 17 · 54296 Trier · Postfach 2806 · 54218 Trier
Tel.: 0651/1461830 · Fax: 0651/14618323 · Email: labor@molekularpatho-trier.de
Hotline für Transportdienstleistungen Tel.: 0800 / 1110012

Leistungserfassung

(vom Pathologen auszufüllen)

M

T

Eingangs-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)

Erläuterungen

DPYD-Genotypisierung

Im Test enthaltene Varianten:

DPYD*13	c.1679T>G	(rs55886062)
DPYD*2A	c.1905+1G>A	(rs3918290)
DPYD*9B	c.2846A>T	(rs67376798)
Haplotyp B3	c.1236G>A	(rs56038477)
	c.1129-5923C>G	(rs75017182)
	c.557A>G	(rs115232898)
	c.483+18G>A	(rs56276561)
	c.680+139G>A	(rs6668296)
	c.959-51T>C	(rs115349832)