

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| 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 | JA | NEIN |
| • Sie von Ihrem behandelnden Arzt über Aussagen und Konsequenzen der o.g. genetischen Untersuchung umfassend aufgeklärt wurden und Sie diese Erklärung verstanden haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sie im o.g. Aufklärungsgespräch alle Sie interessierenden Fragen stellen konnten und diese Ihnen vollständig und verständlich beantwortet wurden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ihnen bekannt ist, dass Sie die Zustimmung jederzeit widerrufen und die Untersuchung abbrechen können (Recht auf Nichtwissen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sie mit der Verwendung des Probenmaterials für o.g. genetische Untersuchung einverstanden sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 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. | <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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • der Befundmitteilung an meinen behandelnden Arzt bzw. weitere Ärzte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern, sowie der späteren Weitergabe der Befunde an folgende Familienmitglieder, falls ärztlich wichtig: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • der Aufbewahrung, Eintragung und Verwendung des Untersuchungsmaterials und dessen Ergebnisse in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken. | <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

Eingangsdatum
 (vom Pathologen auszufüllen)

FB - Anlage 40_2.28 BGA und Einwilligung DPYD
 Stoffwechsellkrankheiten Molekularpathologie 210927

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) |