

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

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbestimmt ☐ unbekannt

# **Begutachtungsantrag und Einwilligung** **BRCA1- und BRCA2-Diagnostik gemäß** **Gendiagnostikgesetz (GenDG) und** **Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**



**PATHOLOGIE**  
**TRIER**

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



## **Untersuchungsmaterial**

☐ EDTA-Blut

## **Auftrag / Indikation – Diagnose / Verdacht**

☐ Diagnostik im BRCA1-, BRCA2-Gen

## **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.
- Sie vor der Einwilligung ausreichend Bedenkzeit zur Entscheidung für die geplanten Untersuchungen hatten.
- Ihnen bekannt ist, dass Sie die Zustimmung jederzeit widerrufen und die Untersuchung abbrechen können (Recht auf Nichtwissen).
- Sie mit der Entnahme und 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

☐ ☐  
☐ ☐  
☐ ☐  
☐ ☐  
☐ ☐  
☐ ☐

### **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.

☐ ☐  
☐ ☐  
☐ ☐  
☐ ☐  
☐ ☐

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**

## **Befund per Fax**

Faxnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

### **BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!**

AMBULANT

oder BELEGARZT

IGEL

Hybrid DRG

Angabe Hybrid-Nr.: \_\_\_\_\_

STATIONÄR

Regelleistung

oder ärztl. Wahlleistung

M ☐

T ☐

## **MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH**

Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich

Ärztliche Leiter:

Proften Hansen · PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto

Geschäftsführung:

Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen · Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann

PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto · Dr. rer. nat. Petra Wandernoth (Sprecherin der Geschäftsführung)

Max-Planck-Str. 17 · 54296 Trier · Postfach 2460 · 54214 Trier

Tel.: 0651 / 948 714 000 · Fax: 0651 / 948 714 098 · Email: mol@patho-trier.de

Hotline für Transportdienstleistungen: 0800 / 1110012

## **Leistungserfassung**

(vom Pathologen auszufüllen)

## **Eingangs-Datum**

(vom Pathologen auszufüllen)

