

Probeneinsendeformular Universitätsklinikum Frankfurt MVZ GmbH Humangenetik

Patientendaten / Etikett:	Einsender:
Diagnose und ICD-Code:	
Abrechnung: ☐ GKV (gesetzl., Ü-Schein Muster 10) ☐ PKV (privat) ☐ PKV + Beihilfe ☐ Selbstzahler	
Probenmaterial: ☐ Blut (EDTA) ☐ Genomische DNA	
Obligate Dokumente: ☐ Überweisungsschein 10 (§116b, GKV) ☐ Einverständniserklärung Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) → Seite 2 ☐ Teilnahmeerklärung für die ☐ ASV (GKV) oder ☐ für die besondere Versorgung GKV ☐ Vorbefunde Die Untersuchung kann nur durchgeführt werden, wenn alle Unterlagen inkl. der Aufklärung des Patienten gem. §9 Gendiagnostikgesetz (GenDG) dem Labor für molekulare Diagnostik (Clinical Genomics Lab) vorliegen.	
Ort, Datum	Name, Unterschrift, Stempel (Probeneinsender)

Untersuchungsauftrag: ☐ Fast Track (bei dringender Therapierelevanz)

☐ **Microarray**

☐ **Exom-Sequenzierung**

☐ **Trio-Exomsequenzierung**

☐ **Genom-Sequenzierung**

Gefäß- und Bindegewebeerkrankungen

- ☐ Ehlers-Danlos-Syndrom
- ☐ Marfan-Syndrom (*FBN1*-Gen)
- ☐ Marfan-Syndrom (Differenzialdiagnosen)
- ☐ Morbus Fabry
- ☐ CADASIL
- ☐ Transthyretin-Amyloidose
- ☐ Bindegewebe, gesamt

Stoffwechselerkrankungen

- ☐ Cystische Fibrose
- ☐ Familiäre Hypercholesterinämie
- ☐ Hämochromatose (*HFE*-Gen)
- ☐ Morbus Fabry

Pharmakogenetik

- ☐ Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)

Hörstörungen

- ☐ Hörstörungen, gesamt

Tumorerkrankungen

- ☐ PARP-Inhibitor-Testung
- ☐ Mamma- und Ovarialkarzinom
- ☐ Endometriumkarzinom
- ☐ Lynch-Syndrom/HNPCC
- ☐ Familiäre adenomatöse Polyposis (FAP)
- ☐ gemischte Polyposis
- ☐ Cowden-Syndrom
- ☐ Juvenile Polyposis
- ☐ Peutz-Jeghers-Syndrom
- ☐ Polyposis coli, gesamt
- ☐ Kolorektales Karzinom
- ☐ Pankreaskarzinom
- ☐ Magenkarzinom
- ☐ Nierenkarzinom
- ☐ Leiomyomatose
- ☐ Prostatakarzinom
- ☐ Von-Hippel-Lindau-Syndrom
- ☐ Endokrinologische Tumore
- ☐ Schilddrüsenkarzinom
- ☐ Familiäres Melanom
- ☐ Gorlin-Goltz-Syndrom
- ☐ Li-Fraumeni-Syndrom
- ☐ Neurofibromatose
- ☐ Hirntumore
- ☐ Rhabdoide Tumore
- ☐ Wilms-Tumor (Nephroblastom)
- ☐ Tuberöse Sklerose
- ☐ Pädiatrische Tumorerkrankung
- ☐ Tumorerkrankungen, gesamt

Nierenerkrankungen

- ☐ Alport-Syndrom

Neurologische Erkrankungen

- ☐ Neuropathie
- ☐ Myopathie
- ☐ CADASIL
- ☐ Morbus Fabry

Herzerkrankungen

- ☐ Kardiomyopathie, hypertroph
- ☐ Kardiomyopathie, dilatativ
- ☐ Kardiomyopathie, nicht-dilatativ links-ventrikulär
- ☐ Kardiomyopathie, restriktiv
- ☐ Kardiomyopathie, linksventrikulär non-compaction
- ☐ Kardiomyopathien, gesamt
- ☐ Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie
- ☐ Long-QT-Syndrom
- ☐ Short-QT-Syndrom
- ☐ Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie
- ☐ Fam. Erregungsleitungsstörung
- ☐ Andersen-Tawil-Syndrom
- ☐ Brugada-Syndrom
- ☐ Kardiale Arrhythmien, gesamt
- ☐ Transthyretin-Amyloidose
- ☐ Aortenaneurysma / Dissektionen

Eine vollständige Auflistung aller Analysen, die aktuelle Zusammenstellung unserer Gen-Panels sowie Anforderungsformulare finden Sie unter: <https://www.unimedizin-ffm.de/einrichtungen/institute/sph/clinical-genomics-lab-cgl>

Patienteninformation /
Einwilligungserklärung
Gendiagnostikgesetz (GenDG) und
Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Patientendaten / Etikett

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) eine genetische Untersuchung nur durchgeführt werden darf, wenn nachfolgende Einwilligungserklärung von Ihnen unterschrieben vorliegt. Zusätzlich sind wir nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verpflichtet, Sie über den Zweck der Datenerhebung sowie deren Speicherung und Weiterleitung zu informieren.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden mit

- der **genetischen Untersuchung** des von mir entnommenen Probenmaterials ☐ Nein
- der **Aufbewahrung der Ergebnisse** über die gesetzliche Frist von > 10 Jahren ☐ Nein
- der **Aufbewahrung des Probenmaterials** für zusätzliche zweckgebundene Untersuchungen ☐ Nein
- der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von **Familienmitgliedern** ☐ Nein
- der **Weiterleitung** des Untersuchungsauftrages an ein Kooperationslabor ☐ Nein
- der pseudonymisierten Verwendung der Untersuchungsergebnisse /des Probenmaterials für **wissenschaftliche Zwecke oder für interne Qualitätssicherung**
 - Eintragung in wissenschaftliche Datenbanken ☐ Nein
 - Verwendung für wissenschaftliche Forschungsprojekte / Publikationen ☐ Nein

Einwilligungserklärung nach GenDG und DSGVO

Alle von mir getätigten Angaben sowie alle Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den gesetzlichen Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und werden nicht ohne meine ausdrückliche und schriftliche Zustimmung an Dritte weitergegeben. Ich kann diese Einwilligungserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen und jederzeit entscheiden, ob mir die Untersuchungsergebnisse mitgeteilt oder vernichtet werden sollen (Recht auf Nichtwissen).

Mit meiner Unterschrift erkläre ich zudem, dass ich die Datenschutzbedingungen gelesen, verstanden und mit diesen einverstanden bin. Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Umfang sowie Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchungen sowie über die Konsequenzen, welche sich daraus für mich ergeben können, aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Umgang mit Zusatzbefunden

Zusatzbefunde können klinisch wichtige Veränderungen beinhalten, die nicht in Zusammenhang mit dem ursprünglichen Untersuchungsauftrag stehen, jedoch eine klinische (Behandlungs-) Konsequenz für Sie selbst, für Ihre Nachkommen bzw. weitere Familienmitglieder haben können. Einen Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von genetischen Zusatzbefunden besteht nicht.

Über klinisch relevante Zusatzbefunde möchte ich informiert werden

☐ Ja ☐ Nein

Bei fehlenden Angaben werden Zusatzbefunde nicht mitgeteilt.

Datum, Unterschrift Patient/in / Gesetzlicher Vertreter/in

Datum, Unterschrift Arzt/Ärztin

Kostenübernahmeerklärung / Behandlungsvertrag (Privatversicherte):

Ich wünsche eine privatärztliche Behandlung, welche nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter Beachtung der geltenden Höchstsätze in Rechnung gestellt wird. Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Die behandelnden Ärzte können keine Gewähr bzgl. der Erstattung durch eine bestehende Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernehmen. Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, dass ich die Behandlungskosten im Falle einer Ablehnung oder Kostenübernahme durch den/die Versicherungsträger in vollem Umfang selbst trage.

Datum, Unterschrift Patient/in / Gesetzlicher Vertreter/in