

# Einwilligung zur genetischen Untersuchung

**Patientendaten (ggf. Aufkleber):**

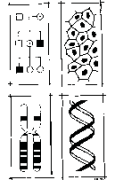
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 geb. \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Bitte zurücksenden an:

**Zentrum Med. Genetik Würzburg  
 Biozentrum, Am Hubland  
 97074 Würzburg**

**Praxis für Humangenetik  
 PD Dr. med. Erdmute Kunstmann**  
 Tel.: 0931-3184435, Fax: 0931-45265859  
 E-mail: kunstmann@biozentrum.uni-wuerzburg.de

**Institut für Humangenetik  
 Arbeitsgruppe Genomische Instabilität  
 Dr. Reinhard Kalb**  
 Tel.: 0931-3184361, Fax: 0931-3184069  
 E-mail: R.Kalb@uni-wuerzburg.de



03/2018

**Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patienten sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.**

*Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:*

Über die in Frage stehende Erkrankung / Störung / Diagnose : ..... ..... deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung / Vermeidung / Behandlung sowie über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut- / Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden mir beantwortet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse auch an folgende/n mitbehandelnde/n Ärztin/Arzt geschickt werden: Frau/Herrn Dr.: ..... .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei der Verwendung von Übersichtsmethoden (Suchtests) können sich Zufallsbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen. Auf die Mitteilung solcher Zufallsbefunde verzichte ich.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial (Blut- oder DNA-Probe) nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden. Für spätere genetische Untersuchungen in der Familie ist es aber häufig wichtig, Vergleichsmaterial zur Verfügung zu haben. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und nachfolgender Untersuchungen in meiner Familie.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Genetische Proben sind auch wichtiges Vergleichsmaterial für die Qualitätssicherung der genetischen Untersuchungen im Labor. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass die Ergebnisse der Untersuchung nach 10 Jahren vernichtet werden. Häufig sind diese Daten aber auch später noch wichtig für Ihre Kinder und Enkelkinder. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke nachfolgender Untersuchungen in meiner Familie.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich die eingeleitete Untersuchung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschl. aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genetischen Analyse für die o.g. Fragestellung und zu der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters

# Auftrag zur humangenetischen Diagnostik

03/2018

Zentrum Medizinische Genetik Würzburg, Biozentrum, Am Hubland, 97074 Würzburg

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name

Vorname

geb.

Kostenträger:

- GKV-Patient/-in** ▶ **bitte Ü-Schein 6 (gelb) beilegen**  
Humangenet. Leistungen belasten NICHT das Laborbudget des anford. Arztes (EBM Kap. 11)
- Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patient.)**
- Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patient.)**
- GOÄ-Rechnung an Einsender/Klinik**  
GOÄ-Abrechnungen erfolgen über die Ärztl. Verrechnungsstelle Büdingen e.V

**MATERIAL: Ca. 10 ml Heparin-Blut**

Bitte Blutröhrchen eindeutig beschriften, bruchsicher verpacken, bei Raumtemperatur aufbewahren und versenden.

Die Probe sollte spätestens am Tag nach der Entnahme im Labor eintreffen.

Bei Fragen: Tel.: **0931 / 3184089**

G-Nr.:

## UNTERSUCHUNGSauftrag (bitte ankreuzen)

### Material

- peripheres Vollblut (Heparin)  
 leukämisches Blut (Heparin)  
 Knochenmark (Heparin)  
 DNA  
 Hautgewebe  
 Fibroblastenkultur  
 Fruchtwasser  
 Amnionzellen  
 Chorionzotten

### Verdachtsdiagnose

- Fanconi-Anämie  
 Ataxia telangiectasia ★  
 Nijmegen-Breakage-Syndrom ★  
 zelluläre Radiosensitivität ★

- klinisch gesichert  
 differentialdiagnostisch  
 Ausschluss  
 prädiktiv  
 Pränataldiagnostik

★ **Das Material zu diesen Diagnosen darf bei uns aus organisatorischen Gründen nicht am Freitag eintreffen!**

## Angaben zum Patienten - Bitte sorgfältig ausfüllen!

Geburtsgewicht:

Postnataler Minderwuchs:  ja  neinMikrocephalie:  ja  neinOhrfehlbildungen:  ja  neinAngeborene Herzfehler:  ja  neinGeistige Retardierung:  ja  neinInfertilität:  ja  neinPigmentstörungen der Haut:  ja  neinMikrophthalmie:  ja  neinRadialstrahlanomalien:  ja  neinNierenanomalien:  ja  neinGenitalfehlbildungen:  ja  neinLeukämie / Malignome:  ja  nein

Andere Fehlbildungen:

Hämatologische Veränderungen:

Knochenmarkbefund:

weitere Angaben (z.B. Symptome, Stammbaum), wenn möglich, bitte Arztbrief beilegen

Probenentnahme am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Name (bitte in Druckschrift) und

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Stempel des verantwortlichen Arztes

**Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten vorliegt (siehe Seite 1).**