

Name, Vorname, Anschrift des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Probeneinsendung:
 Institut für Humangenetik/ Laborbereich des ZAM
 Universitätsklinikum Jena, Am Klinikum 1, 07747 Jena
Tel.: 03641 9-396804

Anforderung molekulargenetische Diagnostik - Pharmakogenetik

Patientenangaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht:

☐ männlich ☐ weiblich
☐ Patient bekannt☐ Angehöriger bekannt

genetischer Vorbefund:

☐ ja (Kopie anbei) ☐ nein

Ethnische Herkunft: _____

Verdachtsdiagnose:

☐ differentialdiagnostisch ☐ prädiktiv

Datum geplante

Befundmitteilung: _____

Indikation / Fragestellung / Verdachtsdiagnose und klinische Symptomatik Vorbefunde bitte angeben / beilegen

Material

Abnahmedatum: _____

☐ EDTA-Blut☐ DNA, extrahiert aus: _____☐ sonstiges: _____

vom Labor auszufüllen

Laboreingang am: _____

Labor-Nr.: _____

Notizen: _____

Dihydropyrimidin-Dehydrogenase

☐ **DPD**-Defizienz / 5-Fluorouracil-Toxizität:

DPYD-Varianten: c.1905+1G>A (DPYD*2A), c.1679T>G (DPYD*13), c.2846A>T und c.1129-5923C>G

UDP-Glucuronosyltransferase 1A1

☐ **UGT1A1**-Defizienz / Irinotecan-Toxizität:

UGT1A1-Varianten: UGT1A1*6 (c.211G>A) und UGT1A1*28 (c.-41_-40dup)

Genetische Untersuchungen zu erblichen Tumorerkrankungen können über einen separaten Anforderungsschein beauftragt werden. Bitte beachten Sie, dass das Ergebnis der Untersuchung nur dem einsendenden Arzt übermittelt werden darf.

Kostenübernahme☐ gesetzlich versichert, ambulant☐ stationär☐ privat versichert☐ teilstationär☐ ASV-Fall (§ 116b SGB V): ☐ ja ☐ nein☐ ambulant**Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin** Stempel oder Druckschrift

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Humangenetische Analysen aus EBM Kapitel 11 belasten nicht den Wirtschaftlichkeitsbonus oder das Laborbudget.

Anlagen☐ **Einwilligungserklärung** zur Durchführung genetischer Analysen liegt ausgefüllt anbei☐ **Überweisungsschein Typ 10** für gesetzlich versicherte Patienten☐ **Kostenübernahmeerklärung*** und ausgefüllter **Kostenvoranschlag#** für privat versicherte Patienten* bitte Formular unter: uniklinikum-jena.de/humangenetik/Anforderungsscheine.html verwenden # telefonisch bitte vorab anfordern

Probeneinsendung:
 Institut für Humangenetik/ Laborbereich des ZAM
 Universitätsklinikum Jena, Am Klinikum 1, 07747 Jena
Tel.: 03641/ 9396804

Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

in Absprache mit Ihrem behandelnden Arzt soll bei Ihnen oder einem Ihrer Familienangehörigen eine genetische Untersuchung durchgeführt werden. Nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) ist Ihre Einwilligungserklärung **unbedingte Voraussetzung** für die Durchführung einer genetischen Untersuchung.

Vor einer prädiktiven Untersuchung z.B. bei erblichen Erkrankungen bei einem Familienangehörigen von Ihnen, für die bei Ihnen bisher keine Symptome vorliegen, sowie vor einer geplanten Pränataldiagnostik besteht das Angebot, Sie humangenetisch zu beraten.

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligungserklärung jederzeit zu widerrufen, was den sofortigen Abbruch der Untersuchung zur Folge hat.

Nach einer genetischen Untersuchung können Sie eine genetische Beratung zur Befundmitteilung in Anspruch nehmen.

Alle Ergebnisse der genetischen Untersuchungen und der genetischen Beratung unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht**.

Untersuchungsauftrag / Fragestellung: _____

Ich bestätige, dass:

- ich von dem behandelnden Arzt über die Aussagekraft, Möglichkeiten, Grenzen und denkbaren Konsequenzen der Untersuchungen umfassend aufgeklärt worden bin,
- ich mit der Entnahme der Probe einverstanden bin und dass die Probe für genetische Untersuchungen zur Klärung der oben genannten Fragestellungen verwendet werden darf,
- mir ausreichend Bedenkzeit vor der Einwilligung zu oben genannten Untersuchungen zur Verfügung stand,
- ich darauf hingewiesen wurde, meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen zu können, und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren.

Ich erkläre mich einverstanden:

- über die Ergebnisse der genetischen Untersuchung informiert zu werden. ☐ nein
- mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags bei Bedarf an ein spezialisiertes Labor. ☐ nein
- mit der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials zur Nachprüfbarkeit der Ergebnisse oder für zukünftige Diagnosemöglichkeiten. ☐ nein
- mit der Verwendung des Untersuchungsmaterials für die Qualitätssicherung und zur Erforschung und Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form. ☐ nein
- mit der Verwendung der erhobenen Daten bzw. Untersuchungsergebnisse im Zusammenhang mit der in Frage stehenden Erkrankung in pseudonymisierter Form für Lehr- und Ausbildungszwecke sowie für wissenschaftliche Zwecke, z.B. der anonymisierten Veröffentlichung in Fachzeitschriften oder Datenbanken. ☐ nein
- mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über den gesetzlich festgelegten Zeitraum von 10 Jahren hinaus, z.B. damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. ☐ nein
- mit der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern. ☐ nein
- mit der Weitergabe meines Befunds und Ergebnismitteilung durch eine vertretende ärztliche Person bei Verhinderung der verantwortlichen ärztlichen Person. ☐ nein
- mit der Speicherung meiner genetischen Befunde im Patientenmanagementsystem der Uniklinik Jena und deren Einsicht durch behandelndes medizinisches Personal. ☐ nein