

Name, Vorname	
geb. am	
Datum	



000060010021

- Kostenträger:**
- Krankenhaus
 - Patient
 - GKV (Ü-Schein beifügen)
 - telefonische Durchgabe
 - Faxbefund vorab



Entnahmedatum	Uhrzeit
---------------	---------

Anforderungsschein Molekulargenetik

Aufklärung und Einwilligungserklärung bezüglich genetischer Analysen

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Durchführung der genetischen Untersuchung.
Ich bin damit einverstanden, dass ...

- das erforderliche Untersuchungsmaterial entnommen wird.
- die Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für weiterführende genetische Analysen zur Diagnosefindung verwendet und aufbewahrt wird.
- das Probenmaterial evtl. an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet wird.
- das Untersuchungsmaterial für die Qualitätssicherung aufbewahrt und verwendet werden kann.
- ich und der behandelnde Arzt, mitbehandelnde Ärzte/ Vertretungsärzte über das Ergebnis informiert werden.

Jeder Punkt der Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden, mit der Folge, dass die Untersuchung ggf. abgebrochen wird.
Ich wurde beraten, aufgeklärt und bin mit der angeforderten Analyse sowie o.g. Punkten einverstanden.

Ort/Datum	Unterschrift des Patienten / ges. Vertreters	Unterschrift verantwortlicher Arzt
<p>Thrombophilie / Arteriosklerose</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Faktor V Leiden Mutation C <input type="checkbox"/> Faktor II Mutation C <input type="checkbox"/> MTHFR Mutation E/CB <input type="checkbox"/> ACE-I/D-Polymorphismus E/CB <input type="checkbox"/> HPA-1 a/b Mutation E/CB <input type="checkbox"/> PAI- 4G/5G-Mutation E/CB <p>Haematologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> JAK 2 V617F (PV, ET, IMF) * E <input type="checkbox"/> Philadelphia-Chr. BCR-ABL t(9;22) * E 	<p>Stoffwechselerkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz LCT-13910T E <input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz (Aldolase B) E <input type="checkbox"/> Hämochromatose (HFE 282, 63, 65) E <input type="checkbox"/> alpha1-Antitrypsin (PiS/PiZ) E <input type="checkbox"/> UGT1A1*28/*6 (M. Meulengracht) E <input type="checkbox"/> Apolipoprotein E E <input type="checkbox"/> Apolipoprotein B100 E <input type="checkbox"/> Hereditäre Pankreatitis (SPINK1, PRSS1, CFTR) * E <input type="checkbox"/> Fam. Mittelmeerfieber (MEFV) E <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz (HNMT C314T) * E <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz (DAO 4 SNPs) * E <p style="font-size: small;">E=EDTA , CB= Citratblut *Kooperationslabor</p>	<p>HLA-Typisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> HLA-A * E <input type="checkbox"/> HLA-B E <input type="checkbox"/> HLA-B27 (Rheuma / M. Bechterew) E <input type="checkbox"/> HLA-B5701 (Abacavir-Hypersensit.) E <input type="checkbox"/> HLA-C E <input type="checkbox"/> HLA-DR * E <input type="checkbox"/> HLA-DQB * E <input type="checkbox"/> HLA-DQA * E <input type="checkbox"/> HLA-Typ- b. Verd. a. Zöliakie * E <input type="checkbox"/> HLA-Typ- b. Verd. a. Narkolepsie * E <p>Hämoglobinopathien (häufigste Mutationen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> beta-Globin (Beta-Thalassämie) E <input type="checkbox"/> alpha-Globin (Alpha-Thalassämie) E
<p>Gynäkologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> fetaler Rhesusfaktor D aus mütterlichen Blut E 		

SONSTIGES:

Vom Arzt auszufüllen, wenn eine Einwilligung des Patienten gemäß §8 GenDG für die angeforderte Untersuchung anstelle dieses Formulars dem Arzt separat vorliegt.

.....
Ort/Datum	Arztunterschrift

Praxisstempel