

Einsendeschein molekulargenetische Analyse

Labor-Nr.:

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Praxis für Humangenetik und Prävention
Dr. med. R. Hering
Reinsburgstraße 13
70178 Stuttgart

Abrechnung/ Kostenübernahme:

<input type="checkbox"/> GKV-Patient/in: Bitte Überweisungsschein Muster 10 beilegen Humangenetische Leistungen sind budgetneutral
<input type="checkbox"/> Privat: Bitte vollständige Adresse des Patienten angeben
<input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender/Klinik

Einsender/Klinik (ggf. Stempel):

Arzt

Adresse

Art des Untersuchungsmaterial:

<input type="checkbox"/> EDTA-Blut 3-5ml	Entnahmedatum:
<input type="checkbox"/> PAXgene [®] (Blut, cDNA-Analyse)	
<input type="checkbox"/> DNA	
<input type="checkbox"/> Oragene [®] (Sputum)	

Angaben zum Patienten:

Geschlecht: weiblich männlich
Art der Untersuchung: diagnostisch prädiktiv Anlageträgerschaft
Ethnische Herkunft (falls diagnostisch relevant): _____

(Verdachts-)Diagnose: _____

Angeforderte Untersuchung/Gene (bzw. Liste zum ankreuzen): _____

ggf. weitere Gene zur Abklärung der (Verdachts-)Diagnose (nach Rücksprache)

Symptomatik/Befunde/Ergebnisse von Voruntersuchungen in Bezug auf die Fragestellung:

Familienanamnese, falls Indexfall bekannt, Ergebnisse von Voruntersuchung bzgl. Fragestellung:

Indexpatient (falls in unserem Labor untersucht): _____

Einverständnis des Patienten / der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!) -
ggf. Kopie einer gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung -

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereignen ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Unterschrift der/s Patientin/en bzw. des gesetzl. Vertreters	Patient/in wurde nach GenDG beraten und stimmt der angeforderten Untersuchung und Probenentnahme zu. (Unterschrift des verantwortlichen Arztes)
X	X
Ort, Datum	Ort, Datum

Telefon: 0711/231990-40
Fax: 0711/231990-49
Email: info@humangenetik-stuttgart.de

Ansprechpartnerin in unserem Labor:
Dr. S. Rendulic 0711-231990-42
www.humangenetik-stuttgart.de