

Einsendeschein molekulargenetische Analyse

Labor-Nr.:

Bitte senden an:



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

Tel.: 0711/231990-40
FAX: 0711/231990-49
info@humangenetik-stuttgart.de
www.humangenetik-stuttgart.de

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name: Vorname:
geb.: Tel.:
Straße
PLZ Ort

Ihre Ansprechpartnerinnen in unserem Labor:

Fr. Dr. S. Rendulic Tel.: 0711/23199042

Angaben zur Abrechnung:

gesetzl. versichert: bitte **Ü-Schein Muster 10 (Kennziffer 32010) und Muster 6** beilegen, humangenetische Leistungen sind budgetneutral
 privat versichert: bitte **vollständige Adresse oben eintragen**

Art des Untersuchungsmaterial:

Art: EDTA-Blut DNA Menge: Entnahmedatum:

Angaben zum Patienten / zur Patientin und Familie:

Geschlecht: männl. weibl. ethnische Herkunft (falls relevant):

(Verdachts-)Diagnose:

Symptomatik/Befunde/Ergebnisse von Voruntersuchungen in Bezug auf die Fragestellung (ggf. in Kopie):

Familienanamnese, falls Indexfall bekannt, Ergebnisse von **Voruntersuchungen** bzgl. Fragestellung:

Art der Untersuchung: diagnostisch prädiktiv pränatal

Angeforderte Untersuchungen:

Veranlagung	Gen	Veranlagung	Gen
Familiäres Mamma- und Ovarialkarzinom	<input type="checkbox"/> BRCA1 <input type="checkbox"/> BRCA2 <input type="checkbox"/> RAD51C	Hereditäres Paragangliom- Phäochromozytom-Syndrom	<input type="checkbox"/> SDHD <input type="checkbox"/> SDHB <input type="checkbox"/> SDHC
Lynch-Syndrom (Hereditäre Non-Polyposis Colon Carzinom-Veranlagung = HNPCC)	<input type="checkbox"/> MLH1 <input type="checkbox"/> MSH2 <input type="checkbox"/> MSH6 <input type="checkbox"/> PMS2	Tuberöse Sklerose	<input type="checkbox"/> TSC1 <input type="checkbox"/> TSC2
Familiäre Adenomatöse Polyposis (FAP)	<input type="checkbox"/> APC	Neurofibromatose Typ 1 (M. Recklinghausen)	<input type="checkbox"/> NF1
MUTYH-assoziierte Polyposis (MAP)	<input type="checkbox"/> MUTYH	Neurofibromatose Typ 2	<input type="checkbox"/> NF2
Familiäres diffuses Magenkarzinom	<input type="checkbox"/> CDH1	Cowden-Syndrom	<input type="checkbox"/> PTEN
Li-Fraumeni-Syndrom	<input type="checkbox"/> TP53	Nävöides Basalzellnävus-Syndrom	<input type="checkbox"/> PTCH1
Multiple endokrine Neoplasie Typ1 (MEN1)	<input type="checkbox"/> MEN1	Familiäres Retinoblastom	<input type="checkbox"/> RB1
MEN 2A/ MEN 2B/ FMTC	<input type="checkbox"/> RET	Peutz-Jeghers-Syndrom	<input type="checkbox"/> STK11
Von Hippel Lindau Erkrankung (VHL)	<input type="checkbox"/> VHL	Juveniles Polyposis-Syndrom	<input type="checkbox"/> SMAD4 <input type="checkbox"/> BMPR1A

Andere:

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 übereigne ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

X	X	X
Ort, Datum	Unterschrift der/s Patientin/en bzw. des (gesetzlichen) Vertreters	Stempel und Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person