

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> X Telefon:		



UNTERSUCHUNGSAUFRAG

EINWILLIGUNSERKLÄRUNG GEMÄSS GENDIAGNOSTIKGESETZ (GenDG)

INDIKATION

EINWILLIGUNSERKLÄRUNG GEMÄSS GENDIAGNOSTIKGESETZ (GenDG)

Mit meiner nachstehenden Unterschrift erkläre ich, dass ich:

- von meinem behandelnden Arzt/behandelnden Ärztin über Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung gemäß GenDG aufgeklärt wurde
- ausreichend Gelegenheit hatte, offene Fragen zu besprechen
- mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial (Blut, Gewebe, bei Pränataldiagnostik Chorionzotten bzw. Fruchtwasser) einverstanden bin
- mit der Durchführung der genetischen Untersuchung zur Klärung der in Frage stehenden Indikation/Diagnose/Verdacht einverstanden bin

Ich erkläre außerdem meine Einwilligung zu den nachstehenden Punkten und bestätige, dass ich:

- mit der Auswertung zusätzlicher Gene der gleichen Indikationsgruppe im Rahmen der Forschung einverstanden bin Ja
- mit der Aufbewahrung des verbleibenden Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung einverstanden bin, jedoch keinen Anspruch auf Aufbewahrung erhebe Ja
- mein Probenmaterial und ggf. die DNA-Sequenzinformation pseudonymisiert für die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen zur Verfügung stelle Ja
- keine Einwände gegen eine Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Publikationen habe Ja
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von 10 Jahren hinaus zustimme, jedoch keinen Anspruch darauf erhebe Ja
- der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags oder Teilen davon - falls erforderlich - an ein medizinisches Kooperationslabor zustimme Ja

Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass

- ich die Analyse jederzeit stoppen und die Vernichtung der bis dahin erzielten Ergebnisse verlangen kann
- ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann
- ich die bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs entstandenen Kosten in vollem Umfang übernehme
- die genetische Untersuchung und Begutachtung sich nur auf die angeforderte Indikation bezieht und keine Aussagen über andere Erkrankungen getroffen werden

Aufklärung zu Zufallsbefunden: In seltenen Fällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit diesem Untersuchungsauftrag stehen, die aber nach aktuellem Wissenstand (gemäß Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben.

Über derartige Zufallsbefunde möchte ich informiert werden: Ja (kein Anspruch auf Vollständigkeit) Nein (keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet)
In bestimmten Fällen müssen solche Befunde von einem/einer Facharzt/Fachärztin für Humangenetik besprochen werden und können nicht von der verantwortlichen ärztlichen Person mitgeteilt werden.

***Prädiktive Diagnostik** darf gemäß GenDG nur durch Fachärzt:innen für Humangenetik oder andere Ärzt:innen, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben, beauftragt werden (GenDG, §7,1).

Im Falle prädiktiver genetischer Diagnostik bestätige ich hiermit, als behandelnde Arzt / Ärztin, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.

X

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in oder
gesetzliche:r Vertreter:in

X

Unterschrift verantwortliche
ärztliche Person

Name der verantwortlichen
ärztlichen Person in Druckbuchstaben

KONTAKT

TRÄGERGESELLSCHAFTEN

[1] Genetik Berlin-Lichtenberg GmbH

Trägergesellschaft der Medicover

Humangenetik Berlin-Lichtenberg MVZ

und der Medicover Humangenetik

Berlin-Friedrichsfelde MVZ

[2] MVZ Humangenetik Köln GmbH

Trägergesellschaft des MVZ

Humangenetik Köln

[3] MVZ Martinsried GmbH

Trägergesellschaft des MVZ Martinsried

ADRESSE FÜR PROBENZUSENDUNG

BITTE WÄHLEN SIE EINEN DER DREI UNten STEHENDEn LABORSTANDORTE FÜR DIE PROBENZUSENDUNG AUS:

MVZ Berlin-Lichtenberg^[1]

Plauener Str. 163-165, Haus N

13053 Berlin

GERMANY

Tel.: +49 30 92090727

Fax: +49 30 92090741

www.medicover-diagnostics.de

info@medicover-diagnostics.de

MVZ Humangenetik Köln^[2]

Josef-Haubrich-Hof 3-5

50676 Köln

GERMANY

Tel: +49 221 888478-20

Fax: +49 221 888478-19

www.medicover-diagnostics.de

info@medicover-diagnostics.de

MVZ Martinsried^[3]

Lochhamer Str. 29

82152 Martinsried

GERMANY

Tel: +49 89 895578-0

Fax: +49 89 895578-780

www.medicover-diagnostics.de

info@medicover-diagnostics.de

GENETISCHE FACHARZTPRAXEN

UNSERE STANDORTE FÜR GENETISCHE BERATUNG:

Augsburg^[3]

Armenhausgasse 18

86150 Augsburg

Terminvereinbarung Tel.: +49 821 5145-01

Hannover^[1]

Podbielskistr. 122

30177 Hannover

Terminvereinbarung Tel.: +49 511 96540-0

Berlin-Friedrichsfelde^[1]

Rosenfelder Straße 15-16

10315 Berlin

Terminvereinbarung Tel.: +49 30 5779871-2

Kempten (Zweigstelle Martinsried)^[3]

Robert-Weixler-Str. 50

87439 Kempten

Terminvereinbarung Tel.: +49 89 895578-0

Berlin-Lichtenberg^[1]

Rosenfelder Straße 15-16

10315 Berlin

Terminvereinbarung Tel.: +49 30 5779871-2

Köln^[2]

Josef-Haubrich-Hof 3-5

50676 Köln

Terminvereinbarung Tel.: +49 221 888478-0

Berlin-Westend^[1]

Spandauer Damm 130

14050 Berlin

Terminvereinbarung Tel.: +49 30 3035566-6

Martinsried^[3]

Lochhamer Str. 29

82152 Martinsried

Terminvereinbarung Tel.: +49 89 895578-0

UNSERE PARTNERPRAXEN:

Berlin-Mitte

Hausvogteiplatz 3-4 2. OG

10117 Berlin-Mitte

Terminvereinbarung Tel.: +49 30 2063300-0

Potsdam

Friedrich-Ebert-Straße 33

14469 Potsdam

Terminvereinbarung Tel.: +49 30 585838-430

München-Ost

Orleansplatz 3

81667 München

Terminvereinbarung Tel.: +49 89 458556-12