

Angaben zur Patientin

.....
Name Vorname
.....
Geb.-Datum Telefon
.....
Straße PLZ/Ort

**MEDIZINISCHE FAKULTÄT
HUMANGENETIK**

Gebäude MA5/142
Universitätsstr. 150, 44801 Bochum

PROF. DR. MED. JÖRG T. EPPLEN

Dr. W.M. Gerding
Fon +49 (0)234 32-25600
Fax +49 (0)234 32-14196
wanda.gerding@rub.de

www.rub.de/mhg

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG

Ich habe eine allgemeine schriftliche + mündliche Aufklärung (und ggf. zusätzlich spezielle schriftliche Aufklärungen) zu genetischen Analysen gemäß Gendiagnostik-Gesetz (GenDG) erhalten, gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der umseitig genannten Erkrankung / Störung / Diagnose notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/Fruchtwasser-/Gewebeentnahmen. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

- Ich bin bei Bedarf mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes Kooperationslabor einverstanden **JA** **NEIN**
- Das GenDG schreibt vor, dass Ihre personenbezogenen Daten und medizinischen Befunde nach 10 Jahren vernichtet werden müssen. Diese Informationen können jedoch auch danach noch für Sie oder Ihre Angehörigen von großer Bedeutung sein. Mit Ihrer Einwilligung dürfen wir diese Daten auch über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahren. Sind Sie damit einverstanden, dass die erhobenen medizinischen Befunde über 10 Jahre hinaus aufbewahrt und erst später vernichtet werden? **JA** **NEIN**

Das GenDG sieht vor, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden. Bitte entscheiden Sie, ob und wie nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial verwendet werden darf:

- Ich wünsche die sofortige Vernichtung nach endgültigem Abschluss der Untersuchung entsprechend GenDG. **JA** **NEIN**
- ODER*: Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung für Zwecke der Qualitätssicherung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form. **JA** **NEIN**

*Bei fehlender oder widersprüchlicher Angabe erfolgt eine Vernichtung des Untersuchungsmaterials lt. GenDG

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann. Sofern ein Schnelltest für die Chromosomen 13, 18, 21, X und Y in Auftrag gegeben wurde, wurde ich darüber informiert, dass die Kosten dafür von der gesetzlichen Krankenkasse i.d.R. nicht übernommen werden und mir diese (120 Euro) in Rechnung gestellt werden.

Ort/Datum

Unterschrift der Patientin
(ggf. Name und Unterschrift des gesetzl. Vertreters)

Name & Unterschrift des aufklärenden Arztes

Auftrag zur pränatalen genetischen Untersuchung (inkl. Gutachten)

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten geb. am						
Kassen-Nr.	Versichertennummer	Status				
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum				

Versand an:

Ruhr-Universität
Humangenetik
Dr. W.M. Gerding
MA5/135
Universitätsstr. 150
44801 Bochum
Tel. 0234-3225600
Fax: 0234-3214196

Absender:

.....
.....
.....
.....

Material:	Entnahme am: ___ . ___ . 201___	um ___ h ___ min
<input type="checkbox"/> Fruchtwasser:	FW-Menge: ___ ml	diaplazentar: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	FW-Farbe: <input type="checkbox"/> normal/gelb	<input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> altblutig
<input type="checkbox"/> Chorionzotten		
<input type="checkbox"/> Nabelschnurblut (Li-Heparin)		<input type="checkbox"/> Abortmaterial
Angaben zur Patientin / zur Schwangerschaft:		
Schwangerschaftswoche lt. Ultraschall: ___ + ___	rechnerisch: ___ + ___	
kindl. Geschlecht lt. Ultraschall:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbekannt
Mehrlingsschwangerschaft:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gravida: ___ Para: ___	Aborte: ___ Totgeburten: ___	
Erkrankungen vor/ während der Schwangerschaft: _____ _____		
Indikation:		
<input type="checkbox"/> maternales Alter <input type="checkbox"/> auffälliges Ersttrimester-Screening <input type="checkbox"/> nach IVF/ICSI/PID		
<input type="checkbox"/> anderes (z.B. fam. genetische Erkrankungen): _____		
<input type="checkbox"/> auffälliger Ultraschallbefund: _____ _____ _____		
Untersuchungsauftrag:		
<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse/ Karyotypisierung + ggf. spezifische FISH-Analysen (z.B. DiGeorge-Syndrom): _____		
<input type="checkbox"/> Aneuploidie-FISH-Schnelltest (Chromosomen 13/18/21/X/Y; Selbstzahlerleistung)		
<input type="checkbox"/> andere (z.B. molekulargenetische Untersuchungen): _____		
Geschlechtsangabe gewünscht (nach der 12. SSW): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> AFP im Fruchtwasser <input type="checkbox"/> ACHE im Fruchtwasser		
Abrechnung: <input type="checkbox"/> anfordernde Klinik <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Überweisungsschein (Muster 6)		
Ort, Datum	Name & Unterschrift des einsendenden Arztes	Telefon
		/ Fax

Hinweise zu Probenentnahme/-transport:

- Versand von Fruchtwasser in der steril verschlossenen Abnahmespritze. Bei mehreren Spritzen Reihenfolge vermerken
- Versand von CVS-Material nur in Transportmedium (wird bei Bedarf von uns zur Verfügung gestellt)
- telefonische Vorankündigung bei voraussichtlicher Ankunft nach 14.00h erbeten (Tel. 0234-3225600)
- Versand Montag bis Freitag ungekühlt per Kurier am Abnahmetag, nicht einfrieren!

