

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



## Anforderungsschein 1: häufige genetische Erkrankungen

### Einwilligungserklärung gemäß GenDG

**Einsender**      Ansprechpartner .....      Tel. ....

**Kostenträger**       GKV (Ü-Schein bitte beifügen!)       Privat versichert       Selbstzahler

**Informationen zum Patienten**

Geschlecht       weiblich       männlich       divers      Ethnische Herkunft .....

Untersuchungsart       **betroffen/diagnostisch**       **prädiktiv/Anlageträgerschaft**

Eigenanamnese/Indikation .....

Familienanamnese .....

Genetische Vorbefunde vorhanden? (Eigene/Familienangehörige)       nein       ja (bitte barcodiert beilegen)

**Gewünschte Analyse (bitte ankreuzen)**

**Gerinnung**      **EDTA**       Faktor-V-Mutation       PAI 4G/5G       Faktor-II-Prothrombin-Mutation       MTHFR-Polymorphismus

---

**HLA**      **EDTA**       HLA-B27       HLA gemäß Auftrag bitte eintragen:  
 HLA-DQ2/DQ8 (Glutenintoleranz)  
 HLA-B5701

---

**Sonstiges**      **EDTA**       Beta-Thalassämie: HBB<sup>1</sup>       Laktoseintoleranz       Andere<sup>1</sup> bitte Fragestellung/Gene eintragen:  
**Hämochromatose (Stufendiagnostik)**       Fruktoseintoleranz  
 1. HFE-Hauptvarianten (HFE C282Y, H63D)       DPYD-Varianten (vor 5-FU-haltiger Therapie)  
 2. HFE-Panel: STW05 (FTL, HAMP, HFE, HJV, SLC40A1, TFR2, CP)       Zystische Fibrose: STW06 (CFTR)  
 Bestätigung der Probenidentität zu vorheriger Auftragsnummer: .....

**Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)**

Mit dieser Einverständniserklärung bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ausreichender Bedenkzeit gemäß Gendiagnostikgesetz mein Einverständnis mit der/den angeforderten genetischen Analyse/n und der dafür notwendigen Probenentnahme. Ich wurde über den Zweck der Untersuchung, die zu untersuchende Erkrankung und deren genetische Grundlage, sowie die Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der durchzuführenden Diagnostik in meinem speziellen Fall umfassend aufgeklärt. Ich bin mit der Befundübermittlung an die/ den anfordernde/n Ärztin/ Arzt und die von mir angegebenen Ärztinnen/ Ärzte einverstanden.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

Der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages** bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor  nein

Der **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus  nein

Der **Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials** für mögliche spätere Untersuchungen  nein

Der **Verwendung des Untersuchungsmaterials** für Qualitätssicherung und wissenschaftliche Zwecke  nein

Der **Verwendung der Untersuchungsergebnisse** für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern  nein

**Aufklärung zu Zusatzbefunden:** In seltenen Fällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht mit der eigentlichen Fragestellung in Zusammenhang stehen, jedoch nach dem aktuellen Kenntnisstand eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben (in Anlehnung an die Empfehlungen der ACMG). Über diese Befunde möchte ich informiert werden (sofern keine Auswahl getroffen, wird »nein« angenommen).

ja       nein

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden.

Name, Vorname aufklärende(r) Ärztin/Arzt      Ort, Datum      Unterschrift aufklärende(r) Ärztin/Arzt\*      Unterschrift Patient(in)/gesetzlicher Vertreter(in)

\*Im Fall einer **prädiktiven Diagnostik** bestätige ich als beauftragende(r) Ärztin/Arzt, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.