

Partnerschaft

Dres. Meschede u. Schubert

Herbert-Lewin-Straße 9

50931 Köln

Tel. 0221-28275464 (Sprechstunde)

Tel. 0221-28275462 (Labor)

Geschlecht männlich weiblich
Versicherungsstatus gesetzlich privat stationär

Anforderungsbogen für postnatale genetische Untersuchungen

Einsender:

Venenblut Hautbiopsat Mundschleimhautzellen _____

Datum + Uhrzeit der Entnahme _____ Ort der Entnahme _____

Indikation für die Untersuchung _____

Zusätzliche klinische Angaben _____

Eilfall? (z.B. bei Neugeborenen) ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein SSW _____

Anforderung Chromosomenanalyse u. FISH-basierte Analysen

- Chromosomenanalyse ja nein
- Test auf Mikrodeletion 22q11.2 ja nein
- Subtelomeralanalyse ja nein
- sonstige FISH-basierte Tests ja nein Details _____

Anforderung DNA-Analyse

Gewünschte Analyse(n) (1) _____

(2) _____

Zur Beachtung

- Chromosomenanalyse ± FISH: 5-10 ml Heparinblut, DNA-Analyse: 5-10 ml EDTA-Blut; bei Kindern sind je 3 ml ausreichend; Heparinblut bei Zwischenlagerung nicht kühlen; Versand mit normaler Post oder Abholung per Laborbote (Anforderung über 0221-28275462)
- Aufträge zur DNA-Analyse werden von uns an externe Labors weitergereicht.
- Die Erklärungen lt. GenDG auf der Rückseite *müssen* ausgefüllt werden

Bitte wenden! Erklärungen laut Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Erklärungen laut Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Einverständniserklärung zur einer genetischen Untersuchung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchung aufgeklärt und - sofern von mir gewünscht - genetisch beraten worden zu sein. In Kenntnis meines jederzeitigen Widerrufsrechtes gebe ich mein Einverständnis zur Durchführung der Untersuchung.

Erklärung zur Aufbewahrung und Vernichtung des Untersuchungsmaterials *

Mit der Aufbewahrung des nach der Analyse verbleibenden Untersuchungsmaterials für evtl. zukünftige, weiterführende Untersuchungen und zur Sicherstellung der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse sowie für qualitätssichernde Maßnahmen (in pseudonymisierter Form) bin ich einverstanden.

ja **nein**

Erklärung zur Aufbewahrung und Vernichtung der Ergebnisse *

Mit der Aufbewahrung der Ergebnisse über die vom GenDG vorgesehene Frist von 10 Jahren hinaus bin ich einverstanden. Im Einzelfall kann es wichtig sein, auf mehr als 10 Jahre alte Untersuchungsergebnisse zurückgreifen zu können.

ja **nein**

* Wenn Sie keine der beiden Wahlmöglichkeiten ankreuzen, greift die gesetzliche Standardregelung, d.h. Vernichtung des Materials nach Abschluß der Untersuchung und Vernichtung der Ergebnisse nach Ablauf von 10 Jahren.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

(oder des gesetzlichen Vertreters)

Stempel u. Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person (lt. §3 Abs. 5 GenDG)