



MEDIZINISCHES
VERSORGUNGSZENTRUM
AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Probenversand an:

Haus 137, 1. OG, Laborbereich

Tel. +49 (0)351 458 18349

Fachärzte für Humangenetik:

Prof. Dr. med. Evelin Schröck, Prof. Dr. med. Min Ae Lee-Kirsch,

PD Dr. med. Nataliya Di Donato

Tel.: +49 (0)351 458 2891, Fax: +49 (0)351 458 4316

Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

Patient*in	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Name, Vorname _____ geb. _____			
Straße _____			
PLZ _____		Ort _____	

Anforderung Pränatale Genetische Diagnostik und Einwilligung nach GenDG

Bitte achten Sie auf die Vollständigkeit Ihrer Angaben, da sonst gegebenenfalls keine Bearbeitung erfolgen kann.

Für Pränataldiagnostik bitte „Anforderungsschein Pränatale Diagnostik“ verwenden.

Arzt/Ärztin und Einrichtung (Stempel o. Druckschrift)

Name, Vorname

Name der Einrichtung

Adresse

Telefon

- Kostenträger**
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche KV Überweisungsschein Nr. 10 | <input type="checkbox"/> Hochschulambulanz | <input type="checkbox"/> § UKD - stationär |
| <input type="checkbox"/> Private KV / Selbstzahler / IGeL | <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender / Klinik | <input type="checkbox"/> Kostenübernahme |
| <input type="checkbox"/> Forschungsbasis nach Absprache | <input type="checkbox"/> § 116 SGB V | |

Untersuchungsgrund (Erkrankung / Diagnose / klinische und anamnestische Daten / Art der Untersuchung / Methode)

Einwilligung: Gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) willige ich mit meiner Unterschrift ein in die genetischen Untersuchungen zur Klärung der oben genannten Erkrankung / Diagnose und in die

Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags

a) zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung.

ja nein

b) für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten.

ja nein

Nutzung der Untersuchungsergebnisse für Familienmitglieder.

ja nein

Verwendung des überschüssigen Probenmaterials zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen, sowie Publikation der pseudonymisierten Ergebnisse.

ja nein

Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse länger als 10 Jahre.

ja nein

Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes Kooperationslabor.

ja nein

Mitteilung gesundheitsrelevanter Anlageträgerschaften als **Zusatzbefunde** sowie weiterer Befunde, die ein erhöhtes Risiko bei meinen Nachkommen bedeuten würden.

ja nein

Übermittlung des Untersuchungsbefundes an einen weiterbehandelnden Arzt.

ja nein

Ich willige ein, dass alle therapeutisch oder prognostisch relevanten Zusatzbefunde mitgeteilt werden. Hinsichtlich der Zusatzbefunde besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Befundmitteilung erfolgt grundsätzlich entsprechend des Gendiagnostikgesetzes.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen. Ich habe eine ausführliche Aufklärung zu den vorgesehenen genetischen Untersuchungen gemäß GenDG erhalten und verstanden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit. Ich habe eine Kopie der Aufklärung und der Einwilligung erhalten.

Alternativ Bestätigung durch aufklärende ärztliche Person: Die Einwilligung des Patienten / der Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters / der gesetzlichen Vertreterin liegt mir vor.

Sollten die Fragen unbeantwortet bleiben, wird mit der Unterschrift die Einwilligung des Patienten / der Patientin vorausgesetzt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in bzw.
gesetzliche/r Vertreter*in

Unterschrift aufklärender Arzt /
aufklärende Ärztin

Patient*in _____

Klinische Angaben und Ergebnisse bisheriger genetischer Untersuchungen

Datum der letzten Regelblutung: ____ . ____ . ____

Datum Ultraschall: ____ . ____ . ____ SSW nach US: ____ + ____ Anzahl der Feten: ____

- Untersuchung erfolgt auf Wunsch der Patientin (psychische Indikation)
 wegen auffälligem Erst-Trimester-Screening _____
 wegen auffälligem Ultraschall _____
 wegen mütterlichen Alters > 34 Jahre
 aufgrund von Auffälligkeiten in vorangegangenen Schwangerschaft(en): _____
 andere Indikation: _____

Voruntersuchungen des Patienten / der Patientin in Bezug auf die aktuelle Indikationsstellung

Familienanamnese positiv (bitte Stammbaum beifügen) negativ

Angabe zu eventuell vorhandenen Indexpatient*innen in der Familie, Voruntersuchungen erfolgt?

Die Untersuchung ist: diagnostisch prädiktiv auf Anlageträgerschaft
 Geschlechtsangabe gewünscht ja nein

Material

Art des Materials bitte ankreuzen Datum Materialentnahme ____ . ____ . ____ Uhrzeit ____ : ____

- 20 ml Fruchtwasser nach Amniozentese + 5 ml EDTA – Blut der Mutter
 10 – 20 mg Chorionzotten nach CVS – Biopsie + 5 ml EDTA – Blut der Mutter
 1 – 2 ml Nabelschnurblut nach Chordozentese
 Abortmaterial (nicht tiefgekühlt, steril) + 5 ml EDTA – Blut der Mutter
 Sonstiges nach Absprache _____

Zytogenetik und Molekulare Zytogenetik (Prof. Dr. med. Evelin Schröck, +49 351 458 15138)

Zytogenetik

- Chromosomenanalyse

FISH-Diagnostik

- Pränataler Schnelltest (Trisomiebestimmung Chr. 13, 18, 21, X, Y)
 Mikrodeletion 22q11.2, 10p14 (DiGeorge)
 Weiteres nach Absprache (SKY, FISH mit lokusspezifischen Sonden, etc.) _____

Molekulare Karyotypisierung (Dr. rer. nat. Karl Hackmann, +49 351 458 16861)

- Array – CGH (molekulare Karyotypisierung mittels Agilent – Chip 2 x 400 k, Auflösung 20 – 25 kb) (Kostenübernahme)
 custom Array – CGH (molekulare Karyotypisierung definierter Chromosomenabschnitte) (Kostenübernahme)

Weitere Anforderung (Dr. rer. nat. Sarah Wölffling, +49 351 458 15138)

- Anlegen einer Zellkultur für externe Analysen
 Asservierung von Zellkultur / DNA / RNA (Zutreffendes bitte unterstreichen) für ggf. weitere Diagnostik
 Mikrosatellitenanalyse zur Kontaminationskontrolle (IGeL)
 Weitere Anforderungen nach Absprache _____