



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, Dr. med. Joseph Porrmann

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

Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

**MEDIZINISCHES  
VERSORGUNGSZENTRUM  
AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM**

|                                |                                   |                                   |                                 |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <b>Patient*in</b>              | <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 Postnataldiagnostik bitte „Anforderungsschein Postnatale Diagnostik“ verwenden.

### Arzt/Ärztin und Einrichtung (Stempel o. Druckschrift)

Name, Vorname

Name der Einrichtung

Adresse

Telefon

### Kostenträger

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche KV<br>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

**Genetische Beratung.**  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.**

Die Befundberichte der Untersuchungen bzw. die Gutachten der Behandlung sollen an mich und außerdem geschickt werden an: die Fachärzte/Fachärztinnen für Humangenetik der Genetischen Ambulanz und

Name, Vorname, Einrichtung, Ort des überweisenden Arztes / der überweisenden Ärztin sowie weiterer betreuender Ärzte und Ärztinnen

**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

Vorname, Name Patient\*in bzw. gesetzliche/r Vertreter\*in in Druckbuchstaben

Vorname, Name aufklärender Arzt / aufklärende Ärztin in Druckbuchstaben

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 \_\_\_\_\_