

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w d

Straße Nr.: _____

PLZ Wohnort: _____

Telefon: _____

Kostenträger/Abrechnung

 GKV PKV Selbstzahler Rechnung an Einsender Kostenvoranschlag zuschicken

Weitere Befundempfänger

schriftliche Einwilligung erforderlich

Verantwortliche ärztliche Person GenDG

Stempel, Telefon- und Faxnummer, Unterschrift

Untersuchungsmaterial

Art, Menge, ggf. Entnahmezeitpunkt

 EDTA-Blut (min. 3 ml) Heparin-Blut DNA Sonstiges _____ Entnahmedatum _____

Auftrag

Indikation/Diagnose _____

 Array (CytoSNP-850K, Illumina) Chromosomen Exomanalyse IDT / TSO (nur mit Einverständniserklärung)

Kardiologie (Panel)

 Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC/D) Sonstige: _____ Arterial Tortuosity-Syndrom Atrial fibrillation Brugada-Syndrom Catecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT) Dilative Kardiomyopathie (DCM) plus Left Bundle branch block (LBBB) Ehlers-Danlos-Syndrom (vaskuläre Form) Kardiomyopathie, hypertrophe (HCM), HOCM, ASH Kardiomyopathie, restriktiv (RCM) Leopard-Syndrom Long-QT-Syndrom LVNC/NCMP Marfan-Syndrom Morbus Barth-Syndrom Morbus Fabry-Syndrom Noonan-Syndrom Präexzitations-Syndrom - WPW-Syndrom Short-QT-Syndrom Sinus node dysfunction TAAD Ventricular fibrillation (IVF)

Klinische Angaben/Stammbaum

bitte verwenden Sie die unten abgebildeten Symbole

Patientendaten

weiblich		männlich
 nicht betroffen		
 betroffen		
 verstorben		
 Überträger		

 Geschlecht nicht festgestellt	 Schwangerschaft
 Spontanabort	 Schwangerschaftsabbruch
 Eineiige Zwillinge	 Zweieiige Zwillinge
 Indexpatient	 Infertilität

Weil jeder Mensch einzigartig ist

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige mit dieser Unterschrift nach erfolgter Aufklärung gemäß Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (GenDG) mein Einverständnis mit den genetischen Analysen und der dafür erforderlichen Probenentnahme.

Ich wurde auch über mein Widerrufsrecht aufgeklärt.

Mit der Aufbewahrung der Ergebnisse der Untersuchung, über die gesetzliche Frist von 10 Jahre hinaus, bin ich einverstanden.

 JA NEIN

Mit der Aufbewahrung von Probenmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit, der Qualitätssicherung oder für ergänzende Untersuchungen bin ich einverstanden. Das Probenmaterial muss nach der Untersuchung nicht direkt vernichtet werden.

 JA NEIN

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages oder weiterführender Diagnostik im Rahmen der medizinischen Fragestellung an Kooperationslabore bin ich bei Bedarf einverstanden.

 JA NEIN

Mit der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial und/oder Befunden für wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form bin ich einverstanden.

 JA NEIN

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass der Untersuchungsbeauftragte (Hanse Genetik) meine Analyse-Daten auch vor der gesetzlichen Frist von 10 Jahren löschen darf, wenn keine medizinischen Belange dagegensprechen.

 JA NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass relevante Vorbefunde von anderen Ärzten und medizinischen Einrichtungen durch den Untersuchungsbeauftragten (Hanse Genetik) angefordert werden dürfen.

 JA NEIN

Fotografien für wissenschaftliche Veröffentlichungen sind erlaubt.

 JA NEIN

Sollten aus Untersuchungen oder im Rahmen von Forschungsprojekten Zusatzbefunde entstehen, möchte ich informiert werden.

 JA NEIN

Ich bin einverstanden, dass die erhobenen Befunde auch an o. g. Ärzte (siehe Anforderungsbogen) versendet und besprochen werden können.

 JA NEIN

Patient/gesetzl. Vertreter (Druckbuchstaben)

Arzt (Druckbuchstaben)

Patient/gesetzl. Vertreter (Datum, Unterschrift)

Arzt (Datum, Unterschrift)