

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. Entnahmekzeitpunkt

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

Auftrag

Indikation/Diagnose _____

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

Neurologie (Panel)

Epilepsie

- Absence-Epilepsie
 Angelman/Angelmanlike-Syndrom
 Benigne Neugeborenenkrämpfe
 Dravet-Syndrom
 Epilepsie mit erhöhter Therapierelevanz
 Epileptische Enzephalopathie
 Familiäre hemiplegische Migräne
 Familiäre nächtliche Frontallappenepilepsie (ADNFLE)
 Fokale Epilepsie
 Frühkindliche epileptische Enzephalopathie
 Generalisierte Epilepsie mit febrilen Anfällen (GEFS)
 Generalisierte, juvenile, myoklonische Epilepsie
 Hyperekplexie, hereditäre
 Kreatinmangelsyndrom
 Landau-Kleffner-Syndrom
 Lennox-Gastaut-Syndrom
 Ohtahara-Syndrom
 Progressive myoclonische Epilepsie
 Rett- und Rett-ähnliches-Syndrom
 West-Syndrom (Epileptische Enzephalopathie Typ 1)

Sonstige: _____

Neuromuskuläre Erkrankungen

- Hereditäre Neuropathien
 Myasthene-Syndrome
 Myopathien
 Myotonien
 Periodische Paralysen
 Spinale Muskelatrophie

Neurodegenerative Erkrankungen

- Alzheimer-Erkrankung
 Ataxie und Differentialdiagnosen
 Basalganglienverkalkung
 Cerebrale Mikroangiopathie
 Dystonie
 Hereditäre spastische Spinalparalyse (HSP)
 Leukodystrophie/ Leukenzephalopathie
 Parkinson-Erkrankung

Autismus

Klinische Angaben/Stammbaum

bitte verwenden Sie die unten abgebildeten Symbole

Large grid area for drawing the clinical data and pedigree.

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)