Labor Berlin
Laboratoriumsmedizin & Toxikologie

Labor Berlin – Charité Vivantes GmbH
Sylter Straße 2 · 13353 Berln

Laboratoriumsmedizin &Toxikologie
Prof. Dr. R. Tauber

Molekulardiagnostik
PD Dr. B. Hoppe

Kontakt
Tel.: +49 (30) 40 50 26-800
Fax: +49 (30) 40 50 26-610

www.laborberlin.com/laboratoriumsmedizin

An
Labor Berlin – Charité Vivantes GmbH
Zentrale Probenannahme
Sylter Straße 2
13353 Berlin

Rechnungsstellung (GOÄ) an:	O Patient (PKV, Selbstzahler)
	O Krankenhaus

Einsender

Nummer Labor Berlin (falls bekannt): .....

falls nicht bekannt:

Klinik/Praxis: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Fax.:.....

Patient

Name, Vorname: .....

Geschlecht: ☐w ☐m

Geburtsdatum: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

ANFORDERUNGSSCHEIN ABCB1 GENOTYPISIERUNG

.....

Diagnose/Verdacht: …….....

.....

Probenentnahme/Transport

☐ Trockenblut

☐ EDTA-Blut

☐ Sonstiges: .....

Alle Proben müssen leserlich beschriftet sein: Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten, Entnahmedatum
Eingang im Labor Montag bis Freitag, Postversand ungekühlt.

.....

1. ABCB1 Genotypisierung

☐ SNP rs2235015, rs2032583

.....	.....	.....
Datum	Name des Arztes	Unterschrift des Arztes

Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz
☐ Die ausgefüllte Patienteneinwilligung nach Gendiagnostikgesetz liegt dieser Laboranforderung bei. Hinweis: Ohne Patienteneinwilligung ist die Bearbeitung der Diagnostik nicht möglich.

Für PKV-Patienten/Selbstzahler: Information über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung
Die ABCB1-Genotypisierung ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Daher werden die Kosten dieser Untersuchung gemäß der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) dem Patienten zur Verrechnung mit einer Privaten Krankenversicherung oder als Selbstzahlerleistung in Rechnung gestellt. Für die Abrechnung kann durch das Labor eine autorisierte Verrechnungsstelle genutzt werden. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt.

Hiermit wird bestätigt, dass der Patient über vorgenannte Sachlage aufgeklärt und informiert wurde.

.....	.	.....
Datum		Unterschrift des Arztes

Labor Berlin
Laboratoriumsmedizin &
Toxikologie

Labor Berlin – Charité Vivantes GmbH
Sylter Straße 2 · 13353 Berlin

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen

Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung	Patienteninformation Name..... Vorname..... geb..... Tel..... Straße..... PLZ..... Ort.....

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung. Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von mir bzw. meinem Kind entnommenes Blut und / oder Gewebe auf genetische Veränderungen untersucht wird. Diese Untersuchung dient ausschließlich der Abklärung von

..... (Diagnose, Gen oder Untersuchung).
Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt. Ebenso wurden die möglichen Konsequenzen, die sich aus den Ergebnissen der genetischen Untersuchung für mich oder auch andere Familienmitglieder ergeben können, ausführlich besprochen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse(n) zusätzlich zur/zum anfordernden Ärztin/Arzt auch weitergeleitet werden an:

Frau/Herrn Dr. :.....

Bei genetischen Untersuchungen kann es zu Ergebnissen kommen, die sich nicht auf o.g. Diagnose beschränken (sogenannte Zufallsbefunde).
Ich bitte auch um Mitteilung von Zufallsbefunden. ☐ ja ☐ nein

Mit der Aufbewahrung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für ggf. ergänzende Untersuchungen zur Diagnosefindung und für laboranalytische Kontrollmaßnahmen bin ich einverstanden.
☐ ja ☐ nein

Ich bin einverstanden, dass erhobene Daten / Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften veröffentlicht werden. ☐ ja ☐ nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschl. aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Ort, Datum	Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des gesetzlichen Vertreters	Name, Vorname (Druckschrift) und Unterschrift d. Ärztin/Arzt