Labor Berlin
Humangenetik

Labor Berlin – Charité Vivantes

Sylter Straße 2· 13353 Berlin

Praxisstempel

Patient/in

Name: ……

Vorname: ……

Geburtsdatum: ……..

Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ d

Ethnische Herkunft: ……

Humangenetik
Prof. Dr. med. Malte Spielmann

Kontakt
Tel. +49 (030) 405 026 432
Fax +49 (030) 405 026 77 432
www.laborberlin.com/humangenetik

ANFORDERUNGSSCHEIN MOLEKULARGENETIK

Datum: ……. **Ärztin/Arzt**: …….. **Unterschrift**: ……...

Kostenübernahme

☐ GKV (gesetzlich versichert) ☐ PKV (privat versichert)* ☐ Rechnung an Krankenhaus ☐ Rechnung an Einsender ☐ Selbstzahler*
10er-Überweisungsschein liegt bei ☐ ambulant ☐ stationär

* Gerne erstellen wir ein Angebot zur vorherigen Abklärung der Kostenübernahme durch den Kostenträger.

Probenentnahme/Transport

☐ EDTA-Blut, 2-5 ml ☐ DNA, 1-5 µg ☐ Sonstiges

Alle Proben müssen leserlich beschriftet sein: Name, Vorname, Geburtsdatum des/der Patienten/in, Entnahmedatum

Eingang im Labor Montag bis Sonntag, Postversand ungekühlt

Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz ☐ liegt dem Einsender vor

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von mir bzw. meinem Kind entnommenes Blut und/oder Gewebe auf genetische Veränderungen untersucht wird. 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.: ..... Anschrift: ……..

Bei genetischen Untersuchungen kann es zu Ergebnissen kommen, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sogenannte Zufallsbefunde). Ich bitte auch um Mitteilung von Zufallsbefunden. ☐ nein

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

Ich bin einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus **(maximal 30 Jahre)** aufbewahrt werden können. ☐ nein

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

…… ……
Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in) (Druckbuchstaben) Ärztin/Arzt (Druckbuchstaben)

…… ……
Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in) (Unterschrift) Ärztin/Arzt (Datum, Unterschrift)

Labor Berlin
Humangenetik

Molekulargenetische Diagnosik des *CFTR*-Gens (Cystische Fibrose)

☐ **Vollständige Untersuchung des *CFTR*-Gens und Kopienzahlanalyse mittels NGS**

☐ **Gezielte Bestätigung bereits bekannter *CFTR*-Variante(n) beim Indexpatienten**
(Befundkopie bitte beilegen) _____

☐ **Gezielte Untersuchung auf Anlageträgerschaft einer familiär bekannten *CFTR*-Variante bei Angehörigen**
(Befundkopie bitte beilegen)

CFTR-Variante(n), möglichst in HGVS-Nomenklatur: _____

Klinische Angaben

Patient/in klinisch:	☐ auffällig	☐ unauffällig
Familienanamnese:	☐ positiv	☐ negativ ☐ unbekannt
Elterliche Blutsverwandtschaft:	☐ ja	☐ nein

☐ Therapie mit CFTR-Molatoren angestrebt: ……..

☐ bereits durchgeführte molekulargenetische Untersuchungen: ……
……

Diagnose / Verdacht:
(auffällige klinische Parameter)

Stammbaum (Skizze):