Labor Berlin
Laboratoriumsmedizin & Toxikologie

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

Laboratoriumsmedizin &Toxikologie
Prof. Dr. K. Kappert

Molekulardiagnostik
Dr. Alexandra Sittka-Stark

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/-in

Name, Vorname: …….....

Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ d

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 (167,59€; GOÄ 1x 3920; 2x3922, 2x3924; Faktor 1,15) dieser Untersuchung gemäß der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) dem Patienten zur Verrechnung mit einer Privaten Krankenversicherung oder als Selbstzahlerleistung in Rechnung gestellt. Die Abrechnung erfolgt durch die PVS Berlin-Brandenburg-Hamburg GmbH & Co. KG, Invalidenstrasse 92, 10115 Berlin. 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 Berln

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:

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)