

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Geschlecht



DIAGNOSTICUM

Labormedizin, Mikrobiologie,
Pathologie, Humangenetik.

Patienteneinwilligung für genetische Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Angeforderte Untersuchung:

Stempel verantwortliche ärztliche Person

Medizinische Fragestellungen und klinische Angaben

MVZ diagnosticum Frankfurt, Zentrum für Humangenetik untersucht alle bekannten Gene zu allen genetischen Fragestellungen. Sie beschreiben die klinische Situation, wir führen die hierzu relevante Analyse durch.

Bei Rückfragen kontaktieren Sie: **069 - 530 84 370** oder **info@genetik.diagnosticum.eu**.

Diagnose/ Verdachtsdiagnose:

Symptome/ Medikation:

Anamnese/ Familienanamnese:

☐ Proband/ Patient erkrankt

☐ Familienangehörige erkrankt, betroffen ist/ sind:

☐ Vorbefunde vorhanden - falls ja, bitte beifügen

bei V.a. erblicher Brust-/ Eierstockkrebs

s.a. <https://www.ago-online.de/leitlinien-empfehlungen/leitlinien-empfehlungen/kommission-mamma>

☐ Indikationskriterien erfüllt

bei V.a. erblicher Darmkrebs

s.a. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/kolorektales-karzinom>

☐ Indikationskriterien erfüllt

Information und Einwilligungserklärung zur genetischen Diagnostik gemäß GenDG

Mit meiner nachstehenden Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die o.g. Untersuchung zur Klärung der o.g. Indikation/ Diagnose/ Verdacht durchgeführt und die dafür erforderliche Probe von mir entnommen werden darf. Ich wurde im Vorfeld von meinem behandelnden Arzt über:

- Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der genetischen Untersuchung;
- gesundheitliche Risiken während der Gewinnung der Probe o. mit der Kenntnis des Ergebnisses;
- meine Rechte auf Widerruf der Einwilligung, sowie auf Nichtwissen (keine Kenntnisnahme des Untersuchungsergebnisses)

gemäß § 8 GenDG aufgeklärt.

Folgenden Punkten stimme ich zu (nicht Zutreffendes bitte streichen):

Die Untersuchungsergebnisse dürfen länger als die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren aufbewahrt werden (z.B. für Familienuntersuchungen).

Der möglichen Verwendung von anonymisiertem Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke stimme ich zu.

Das American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG) empfiehlt, zusätzlich zur Beantwortung der Fragestellung bei Anforderung einer genetischen Diagnostik, auch Befunde für eine Auswahl bestimmter Gene zu übermitteln. Es handelt sich hierbei um Veränderung von Genen, bei deren Kenntnis damit verbundene Erkrankungen besser und früher behandelt werden können. Hierdurch ergibt sich ein besonderer Nutzen für die untersuchte Person. Ich möchte über solche Zusatzbefunde informiert werden.

Meine Untersuchungsergebnisse werden an die im Auftrag angegebenen Ärzte übermittelt.

Hinweis: im Rahmen einer genetischen Beratung gem. § 10 GenDG kann das Untersuchungsergebnis dem Patienten durch das Labor mitgeteilt werden.

Zudem beauftrage ich die Übermittlung des Befundes durch die MVZ diagnosticum GmbH zum Zwecke der Weiter-/ Nachbehandlung an Praxis/ Klinik:

Praxis/ Klinik, Straße, PLZ, Ort

Ort, Datum

Ort, Datum



Unterschrift Patient o. gesetzl. Vertreter



Unterschrift verantwortliche ärztliche Person