

Bitte diesen Begleitzettel mit dem Untersuchungsmaterial einschicken an:

MVZ Taunus  
Abteilung Humangenetik

Zeppelinstr. 20  
61352 Bad Homburg vor der Höhe

MVZ Taunus  
Medizinisches Versorgungszentrum Taunus GmbH  
Abteilung Humangenetik

Zeppelinstraße 20  
61352 Bad Homburg vor der Höhe

Telefon 06172 141 7001  
Telefax 06172 959 4561

E-Mail info@mvz-taunus.de  
Web www.mvz-taunus.de

Patientendaten	
<b>Kostenübernahme</b> Humangenetische Leistungen belasten nicht das Budget des anfordernden Arztes!	
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Gesetzliche KV <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Private KV <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender	
Straße	Ethnische Herkunft (soweit genetisch relevant)
PLZ	Wohnort
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Datum der Probenentnahme:	
<b>Indikation</b>  Beschreibung der Symptome / ggf. in der Familie bereits durchgeführte genetische Diagnostik	
<b>Anforderung molekulargenetische Diagnostik</b> (auszufüllen vom beauftragenden Arzt)	
benötigtes Material: 2-5 ml EDTA-Blut Versand: Standardpost, Raumtemperatur	
<b>Untersuchungsauftrag (betroffenes Gen)</b>	
<b>Diabetologie</b> <input type="checkbox"/> MODY Typ 1 ( <i>HNF4A</i> ) <input type="checkbox"/> MODY Typ 3 ( <i>HNF1A</i> ) <input type="checkbox"/> MODY Typ 2 ( <i>GCK</i> ) <input type="checkbox"/> MODY Typ 5 ( <i>HNF1B</i> )	
<b>Endokrinologie und Stoffwechsel</b> <input type="checkbox"/> LDL-Rezeptor ( <i>LDLR</i> ) <input type="checkbox"/> Apolipoprotein B ( <i>APOB</i> ) <input type="checkbox"/> Alpha-1-Antitrypsinmangel ( <i>SERPINA1</i> ) <input type="checkbox"/> Hämochromatose ( <i>HFE</i> ) <input type="checkbox"/> Nicht Alkoholische Fettleber ( <i>PNPLA3</i> ) <input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz ( <i>LCT/MCM6</i> ) <input type="checkbox"/> Statinunverträglichkeit ( <i>SLCO1B1</i> )	

<b>Untersuchungsauftrag (betroffenes Gen)</b>	
<b>Tumorgenetik</b>	
<input type="checkbox"/> Brust- und Eierstockkrebs, familiär	
<input type="checkbox"/> <i>BRCA1</i>	<input type="checkbox"/> <i>PALB2</i>
<input type="checkbox"/> <i>BRCA2/CHEK2</i>	<input type="checkbox"/> <i>FANCM</i>
<input type="checkbox"/> <i>RAD51C</i>	<input type="checkbox"/> <i>BRIP1</i>
<input type="checkbox"/> Familiäre Adenomatöse Polyposis coli ( <i>APC</i> )	
<input type="checkbox"/> MUTYH-assoziierte Polyposis ( <i>MUTYH</i> )	
<input type="checkbox"/> Kolonkarzinom, nicht-polypös, familiär (HNPCC)	
<input type="checkbox"/> <i>MLH1</i>	<input type="checkbox"/> <i>MSH6</i>
<input type="checkbox"/> <i>MSH2</i>	<input type="checkbox"/> <i>PMS2</i>
<input type="checkbox"/> Multiple Endokrine Neoplasie (MEN)	
<input type="checkbox"/> MEN Typ 1 ( <i>MEN1</i> )	<input type="checkbox"/> MEN Typ 2 ( <i>RET</i> )
<input type="checkbox"/> Wirksamkeit der EGFR-Antikörpertherapie bei soliden Tumoren ( <i>KRAS</i> , Codon 12, 13, 61)	
<input type="checkbox"/> Li-Fraumeni-Syndrom ( <i>TP53</i> )	
<b>Hämostaseologie / Hämoglobinopathien</b>	
<input type="checkbox"/> Faktor II ( <i>F2</i> )	<input type="checkbox"/> Sichelzellanämie ( <i>HBB</i> )
<input type="checkbox"/> Faktor V ( <i>F5</i> )	<input type="checkbox"/> Beta-Thalassämie ( <i>HBB</i> )
<b>Fertilitätsstörungen</b>	
<input type="checkbox"/> Adrenogenitales Syndrom ( <i>CYP21A2</i> )	<input type="checkbox"/> Protein C ( <i>PROC</i> )
<input type="checkbox"/> Mukoviszidose ( <i>CFTR</i> )	<input type="checkbox"/> Protein S ( <i>PROS1</i> )
<input type="checkbox"/> Azoospermiefaktor (AZF)	<input type="checkbox"/> Androgen-Rezeptor ( <i>AR</i> )
<input type="checkbox"/> 5-Alpha-Reduktase-Defekt <sup>FL</sup> ( <i>SRD5A2</i> )	<input type="checkbox"/> Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom <sup>FL</sup> ( <i>WNT4, LHX1, HNF1B</i> )
<input type="checkbox"/> Leydigzell-Aplasie, -Hypoplasie <sup>FL</sup> ( <i>LHR</i> )	<input type="checkbox"/> XX-Mann <sup>FL</sup> ( <i>RSPO1</i> )
<input type="checkbox"/> Prämatüre Ovarialinsuffizienz <sup>FL</sup> ( <i>SF1, BMP15, GDF9, FSHR, FIGLA, FMR1, POF1B</i> )	<input type="checkbox"/> Hypogonadotroper Hypogonadismus <sup>FL</sup> ( <i>KAL1, FGR1, PROK2, PROKR2, GNRHR</i> )
<input type="checkbox"/> XX-Gonadendysgenese <sup>FL</sup> ( <i>FOXL2, FIGLA, NO-BOX, FSHR, GDF9, BMP15, SF1</i> )	<input type="checkbox"/> XY-Gonadendysgenese <sup>FL</sup> ( <i>SRY, DHH, DMRT1, SE1, WT1</i> )
<b>Kardiologie</b>	
<input type="checkbox"/> Long QT Syndrom (LQT)	
<input type="checkbox"/> LQT Typ 1 ( <i>KCNQ1</i> )	<input type="checkbox"/> LQT Typ 4 ( <i>KCNE1</i> )
<input type="checkbox"/> LQT Typ 2 ( <i>KCNH2</i> )	<input type="checkbox"/> LQT Typ 5 ( <i>KCNE2</i> )
<input type="checkbox"/> LQT Typ 3 ( <i>SCN5A</i> )	
<input type="checkbox"/> Short QT Syndrom (SQT)	
<input type="checkbox"/> SQT Typ 1 ( <i>KCNH2</i> )	<input type="checkbox"/> SQT Typ 2 ( <i>KCNQ1</i> )
<input type="checkbox"/> Brugada Syndrom ( <i>SCN5A</i> )	

FL = Fremdleistung

## Einwilligungserklärung zur molekulargenetischen Untersuchung

Die Einwilligungserklärung wird der Ratsuchenden/dem Ratsuchenden in Kopie ausgehändigt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das GenDG fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche **Aufklärung** und eine schriftliche **Einwilligung**. Bitte lesen Sie diese Patienteninformation zur Aufklärung vor genetischen Analysen sorgfältig durch und sprechen Sie uns gezielt an, wenn Sie Fragen dazu haben.

Hiermit gebe ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der Fragestellung/Verdachtsdiagnose, wie auf dem Überweisungsschein oder den Anforderungsformularen angegeben, bei mir bzw. der von mir vertretenen Person (§14 GenDG) durchgeführt wird.

.....  
Indikation

### Aufbewahrung der genetischen Probe gemäß GenDG (§13)

Das Gendiagnostikgesetz sieht eine unverzügliche Vernichtung der genetischen Probe nach Befunderstellung vor. Um eine Nachprüfung der Ergebnisse sicherzustellen, kann die genetische Probe über einen angemessenen Zeitraum aufbewahrt und dann verworfen werden. Für einige Patientenproben kann eine längere Aufbewahrungsdauer sinnvoll sein.

Die Aufbewahrung und Vernichtung der genetischen Probe gemäß GenDG erachte ich als ausreichend.

Nach erfolgter Aufklärung wünsche ich die Aufbewahrung der genetischen Probe über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer hinaus.

### Verwendung der genetischen Probe gemäß GenDG (§13)

Ich erlaube die Nutzung der genetischen Probe ausschließlich zur Durchführung der o.g. genetischen Diagnostik.

Ich erlaube zusätzlich die Nutzung des Probenmaterials für Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke nach Anonymisierung.

### Ergebnisaufbewahrung nach Befunderstellung gemäß GenDG (§12)

Die Aufbewahrung und Vernichtung des genetischen Befundes gemäß GenDG über einen Zeitraum von 10 Jahren erachte ich als ausreichend.

Nach erfolgter Aufklärung wünsche ich die Aufbewahrung des genetischen Befundes über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer hinaus.

### Widerrufsbelehrung

Ich kann meine Einwilligung zur Analyse, der Probenaufbewahrung und Verwendung sowie der Ergebnisaufbewahrung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen. Zudem steht es mir frei, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen), eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit zu stoppen und die Vernichtung allen Untersuchungsmaterials sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse zu verlangen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient(in) oder gesetzlicher Vertreter

.....  
Unterschrift verantwortliche ärztliche Person