Einsendeschein molekulargenetische Analyse

Labor-Nr.:

Bitte senden an:

Bezeichnung der Einrichtung
Anschrift

Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) e.V

Tel.: / FAX:
email:
Internet. http://www.

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

....
Name: Vorname:

....
geb.: Tel.:

.....
Straße

....
PLZ Ort

Ihr Ansprechpartner in unserem Labor ist:

Name: Tel. Labor:
Tel.:

Angaben zur Abrechnung:

❒ stationär ❒ ambulant ❒ Krankenkasse: ..... ❒ privat
bitte Ü-Schein beilegen Adresse bitte oben eintragen

Untersuchungsmaterial (ggf. Herkunftsort, Vorbehandlung): ggf.: detailierte Hinweise zur Entnahme, Lagerung, Transport etc. finden Sie auf unserer o.g. Homepage

Art:	Menge:	Entnahmedatum:	ggf. Uhrzeit:

Weitere Angaben zum Patienten / zur Patientin:

❒ männl. ❒ weibl. ethnische / kulturelle Herkunft (soweit genetisch relevant):
SSW nach US: ggf. ❒ Zwillinge ❒ monochorial ❒ monoamnial

Diagnose / Anamnese:

(Verdachts-)Diagnose:

Klinische Symptomatik / Familienanamnese (ggf. auf der Rückseite):

Ergebnisse / Befunde von Voruntersuchungen (ggf. bitte in Kopie beilegen):

Angeforderte Untersuchungen:

Erkrankung:	Gen / Locus / Region	Erkrankung:	Gen / Locus / Region
❒		❒	

❒ Andere (nach tel. Rücksprache):

Einverständnis des Patienten / der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters **(gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!)** - bzw. ggf. Kopie einer gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung -

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werde, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat. Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum	Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des (gesetzlichen) Vertreters	Stempel und Unterschrift **der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person**