Untersuchungsanforderung Molekulargenetik

Praxis für Gynäkologie und Genetik
Labor für Reproduktionsgenetik
Zentrum für Polkörperdiagnostik

Patient

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Ort:

Krankenkasse:

Einsender (Stempel)

Datum:

Indikation

Klinische Information, ggf. Befunde beifügen (falls nötig Rückseite verwenden)

Funktionelle Gerinnung:
☐ ja ☐ nein

Molekulargenetische Diagnostik (mit 5-10 ml EDTA-Blut)

Anderes Material, bitte Rücksprache ☐ Anderes: _____

Thrombophilie
- ☐ Faktor V Leiden
- ☐ Prothrombin / Faktor II
- ☐ MTHFR C677T / A1298C
- ☐ PAI1-Polymorphismus (4G/5G)
- ☐ ggf. ACE
- ☐ eNOS
- ☐ Annexin V
- ☐ Protein C*
- ☐ Protein S*
- ☐ ATIII*

Endokrinologie / Sterilität weiblich
- ☐ BMP15
- ☐ GDF9
- ☐ FSH-Rezeptor
- ☐ SF1
- ☐ PROGINS
- ☐ E-Cadherin
- ☐ Adrenogenitales Syndrom*

Cystische Fibrose
- ☐ Cystische Fibrose

Sterilität männlich
- ☐ CBAVD (Congenital Bilateral Absense of the Vas Deferens)
- ☐ Azoospermiefaktor
- ☐ MTHFR

Array-CGH
- ☐ Vergleichende Genomhybridisierung

Pharmakogenetik
- ☐ VKORC1 (G1639A)
- ☐ CYP2C9

Andere Untersuchungen, bitte Rücksprache ☐ Anderes: _____

*in Zusammenarbeit mit unserem Kooperationspartner

Stand März 2011

Einwilligung gemäss Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Über oben genannte Erkrankung oder in Frage kommende Diagnose, deren genetische Grundlage, sowie die Aussagemöglichkeiten und -grenzen der Gendiagnostik in meinem speziellen Fall bin ich umfassend aufgeklärt worden. In einem Beratungsgespräch konnte ich alle Fragen stellen. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in oben genannte Untersuchung. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Ich habe keine weiteren Fragen, ich bin mit der Untersuchung einverstanden und wünsche die Durchführung molekulargenetischen Diagnostik.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine prädiktive Diagnostik (also auch **eine pränatale Diagnostik**) eine **genetische Beratung** durch eine/n Facharzt/-ärztin der Humangenetik oder eine/n nach §7 GenDG qualifizierten Arzt/Ärztin sowohl **vor als auch nach der Untersuchung** erfordert. Auf diese explizite Beratungspflicht kann ich nach schriftlicher Aufklärung und nach Information über die Inhalte der genetischen Beratung verzichten.

□ ich wünsche eine genetische Beratung □ ich wünsche keine genetische Beratung

□ Ich bin einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag ggf. an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird.

Die gewonnene Probe wird nach Abschluss der Diagnostik nach GenDG §13 vernichtet. Die Probe darf anonymisiert für weitere Überprüfungen □ im Rahmen der Qualitätssicherung verwendet werden. □ für Weiterentwicklung (Forschung) verwendet werden.

Ich wünsche, dass der Befundbericht ausser an den die Untersuchung anfordernden Arzt (s.u.) auch an nachfolgende Ärzte gesendet wird:

□ meinen Hausarzt:_____ □ betreuender Frauenarzt: _____

□ weitere Ärzte: _____ □ an mich selbst

_____
Ort, Datum

_____
Name, Vorname (Druckschrift) Patient / Erziehungsberechtigter Unterschrift

_____
Name, Vorname (Druckschrift) Beratender Arzt Unterschrift

Privatdozentin Dr. med. Tina Buchholz ▪ Fachärztin für Humangenetik ▪ Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
Pfarrstrasse 14 ▪ 80538 München ▪ Tel 089 – 2323939-0 ▪ Fax 089 – 2323939-11 ▪ info@gyn-gen-lehel.de