

Patientendaten (ggf. Aufkleber):	
Name _____	Vorname _____
geb.: _____	
Straße _____	
PLZ _____	Ort _____

ZWEIGPRAXIS FÜR HUMANGENETIK
MVZ Katholisches Klinikum Bochum gGmbH
Universitätsstraße 150
44801 Bochum

PROF. DR. MED. HUU PHUC NGUYEN
Fon +49 (0)234/32-23008
Fax +49 (0)234/32-14196
huuphuc.nguyen@klinikum-bochum.de

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bei Ihnen bzw. Ihrem Kind ist die Durchführung genetischer Analysen (NGS-Sequenzierung inkl. Auswertung eines diagnostischen Panels, Einzelgen-/Stufen-/Array-Diagnostik) bei V. a. _____ geplant.

Bitte nochmals vom ARZT eintragen lassen

Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:

Ich habe eine allgemeine schriftliche/mündliche Aufklärung zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die für die Klärung der o.g. Erkrankung/Diagnose notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahmen. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

- Bei der Untersuchung können auch Ergebnisse auftreten, die nicht mit der eigentlichen Fragestellung im direkten Zusammenhang stehen, die aber nach aktuellem Wissensstand (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Angehörigen haben (sog. **Zusatzbefunde**). Dies ist besonders relevant bei der NGS-Sequenzierung/Panel-/Array-Diagnostik, bei der mehrere bis viele Erbanlagen (Gene) gleichzeitig untersucht werden, die für die o.g. klinische Fragestellung zum jetzigen Zeitpunkt relevant erscheinen.

Ich möchte über Zusatzbefunde, für die eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie besteht, informiert werden. Ein Anspruch auf Vollständigkeit des Nachweises von Zusatzbefunden oder eine zukünftige Aktualisierung ergibt sich aus meiner Zustimmung nicht (keine zielgerichtete Untersuchung von Veränderungen außerhalb des Untersuchungsauftrages). Bei Kindern werden Zusatzbefunde für spät manifestierende Erkrankungen grundsätzlich nicht mitgeteilt. **(keine Auswahl wird als NEIN gewertet):** ja nein

- Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung /Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden: ja nein
- Der Gesetzgeber schreibt vor, dass Ihre personenbezogenen Daten und medizinischen Ergebnisse/Befunde nach 10 Jahren vollständig vernichtet werden müssen. Diese Informationen können jedoch auch danach noch für Sie oder Ihre Angehörigen (z.B. für Ihre Kinder) von großer Bedeutung sein. Mit Ihrer Einwilligung dürfen wir diese Daten auch über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahren.

Ich bin damit einverstanden, dass die für mich oder meine Angehörigen relevanten **Daten/Unterlagen** über 10 Jahre hinaus aufbewahrt und erst später vernichtet werden: ja nein

- Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass **nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial** nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden. Bitte entscheiden Sie, ob und wie nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial verwendet werden darf. **(keine bzw. widersprüchliche Auswahl: Vernichtung des Materials)**

Das Probenmaterial **darf aufbewahrt werden:**

für spätere diagnostische Zwecke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
für Zwecke der Qualitätssicherung (pseudonymisiert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
für Forschungszwecke (pseudonymisiert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

soll direkt nach Abschluss der Untersuchung vernichtet werden.

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 einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten/ des (gesetzlichen) Vertreters

bei Vertreter: Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift der/s aufklärenden Ärztin/Arztes

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versichertennummer		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Begutachtungsauftrag Postnatale Zytogenetik

inkl. Gutachten

Versand an:

MVZ Katholisches Klinikum
 Bochum gGmbH
 Zweigpraxis für Humangenetik
 Ruhr-Universität Bochum
 Gebäude MA, Ebene 5
 Universitätsstr. 150
 44801 Bochum

Absender:

.....

Blutentnahme am:
 um: ____h ____min
 Klinische Diagnose:

Geschlecht: weiblich männlich
Familienanamnese:

Symptomatik:

Ergänzende Informationen zum klinischen Bild:

Kopf/Fazies: **innere Organe/Genitale:**

Rumpf: **Extremitäten:**

Sonstiges:

Chromosomenuntersuchung (Karyotypisierung, **Heparin-Blut**)
 diese Probe wird an einen akkreditierten Unterauftragnehmer weitergeleitet

Array-Analyse (Affymetrix CytoScanHD Array, EDTA-Blut); **nach vorhergehender Chromosomenuntersuchung**
 Indikation (**bitte ankreuzen**):

- Isolierte Intelligenzminderung **bei einem Menschen älter als 3 Jahre**, die mindestens einem IQ kleiner 70 entspricht, – dokumentiert im Rahmen einer neuropädiatrischen/ entwicklungsneurologischen Vordiagnostik; klinisch und/oder mit standardisierten Testverfahren
- geistige Behinderung in Kombination mit dysmorphologischen Merkmalen mit Beteiligung von 2 oder mehr Systemen
- tiefgreifende Entwicklungsstörung des Autismus-Formenkreises oder eine Fehlbildung und schwere Funktionsstörung des Gehirns, die nicht einer bekannten Ursache zuzuordnen ist
- multiple angeborene Fehlbildungen
- multiple dysmorphologische Merkmale, die zytogenetisch nicht erfassbare chromosomale Aberrationen als Ursache implizieren
- sonstige

Bitte beachten Sie:

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. Ohne die umseitig unterzeichnete Einwilligungserklärung ist eine Durchführung der gewünschten Diagnostik daher grundsätzlich nicht möglich. Ein entsprechendes Informationsblatt zur schriftlichen Aufklärung der Patientin/des Patienten stellen wir auf Wunsche gerne zur Verfügung.

Abrechnung über: anfordernde Klinik Privat (bitte Rechnungsadresse angeben) Überweisungsschein **Muster 10**

..... /

Ort, Datum **Name und Unterschrift der/s einsendenden** **Telefon** **/ Fax**
 Ärztin/Arztes

Hinweise zur Blutprobe: Für die **Array-Analyse** bitte EDTA-Blut einsenden!
 Für die **Chromosomenanalyse** bitte unbedingt Heparin-Blut einsenden!
 Menge: 5ml bei Erwachsenen/älteren Kindern, 2 ml bei Neugeborenen. Versand wenn möglich am Abnahmetag.
 Lagerung bis zum Versand im Kühlschrank, nicht einfrieren! Versand bevorzugt montags bis mittwochs.