



Patient (ggf. Patientenetikett)	
Name	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers
Vorname	
Straße	Geburtsdatum
PLZ, Ort	
Einsender (ggf. Stempel)	

Laboratoriumsmedizin Dortmund

Brauhausstraße 4
44137 Dortmund

Tel.: 0231-95 72-0
Fax: 0231-57 98 34

info@labmed.de
www.labmed.de

Rückfragen an	
Name	
Tel.-Nr.	
Fax-Nr.	
Mail	
Rechnung	
<input type="radio"/> Rechnung an Patient:in	<input type="radio"/> ambulant S116b
<input type="radio"/> Überweisungsschein (Muster 10)	<input type="radio"/> stationär/Rechnung an Einsender

Nur vom Labor auszufüllen
Auftragsnummer

Anforderungsschein CYP2D6 Genotyp / Tamoxifen & Metabolite (Spiegelbestimmung)

Version 01/2024

Angeforderte Analyse

- CYP2D6 Genotypisierung** (EDTA-Blut: 2 ml)
- Spiegelbestimmung Tamoxifen und dessen Metaboliten** (N-Desmethyl-Tamoxifen, 4-OH-Tamoxifen, Endoxifen)
EDTA-Blut: 2 ml **und**
Vollblut: 2 ml; (in Serum-Röhrchen); Achtung: **Bitte vor Licht schützen!**

Erforderliche Angaben

Erstdiagnose der Krebserkrankung (Jahr oder Alter):

Beginn der Tamoxifen-Therapie:

Zusätzliche Einnahme folgender Medikamente:

.....

.....

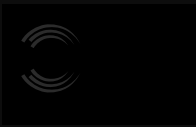
.....

.....

.....

Einverständniserklärung Patientin / Patient (siehe Rückseite)

Die angeforderte genetische Analyse unterliegt dem Gendiagnostik-Gesetz. Daher ist das Vorliegen der schriftlichen Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten (bzw. eines gesetzl. Vertreters) für die Durchführung zwingend erforderlich. Bitte verwenden Sie hierzu das Formular auf der Rückseite dieses Anforderungsscheins.



Einwilligungserklärung für genetische Diagnostik

Patientenangaben

Name, Vorname: weiblich männlich
 Geburtsdatum: schwanger: Nein Ja, SSW:
 Differenzialdiagnostik (symptomat. Patient/in) prädiktive Diagnostik/Heterozygotentest. pränatale Diagnostik
 Art des Untersuchungsmaterials: Entnahmedatum:
 genetische bzw. sonstige Vorbefunde liegen nicht vor liegen vor
 Befunde Patient/in, Familie Kopie beigelegt

Aufklärung und Einwilligungserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich entsprechend dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) durch u.g. verantwortliche/n Ärztin/Arzt aufgeklärt, informiert und ggf. humangenetisch beraten wurde:

- über die Art und den Umfang der genetischen Analyse sowie Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten Untersuchung,
- über die von mir erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Daten (gem. EU-DSGVO)
- über meinen Anspruch auf eine genetische Beratung und angemessene Bedenkzeit zur Einwilligung in die genannte Untersuchung,
- über mein Recht, diese Einwilligung bis zur Kenntnisnahme jederzeit ohne Begründung zu widerrufen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials zu verlangen sowie mein Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nicht-Wissen),
- über die reguläre Vernichtung der Untersuchungsergebnisse nach 10 Jahren,
 - o ich bin mit einer längerfristigen Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse (30 Jahre) einverstanden Nein Ja *
- über die Vernichtung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung,
 - o bei komplexen Fragestellungen kann eine längerfristige Aufbewahrung sinnvoll sein. Hiermit bin ich einverstanden Nein Ja *
(Dies beinhaltet keinen Anspruch auf Aufbewahrung.)
- dass bei Anwendung moderner Analyseverfahren ggf. auch genetische Daten erhoben, aber nicht ausgewertet werden, die nicht mit der genannten Fragestellung in Zusammenhang stehen,
- dass in Einzelfällen eventuell **Zufallsbefunde** erhoben werden können, die nicht mit der u.g. Fragestellung in Zusammenhang stehen
 - o Eventuell erhobene Zufallsbefunde möchte ich erfahren (Keine Auswahl wird als „Nur, wenn...“ gewertet.):
 Nein Ja Nur, wenn sich dadurch therapeutische oder vorbeugende Konsequenzen ergeben.
(Dies beinhaltet keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von Zusatzbefunden; bei Familienanalysen dienen die Analyseergebnisse *nicht Betroffener* nur zur Beurteilung von Varianten des Indexpatienten)

Ich bin einverstanden:

- mit der Entnahme von Probenmaterial,
- mit der angeforderten molekular- / zytogenetischen Diagnostik zur Abklärung / bei V.a.:
- , dass die Untersuchungsergebnisse durch u.g. verantwortliche/n Ärztin/Arzt an folgende Ärztinnen/Ärzte mitgeteilt werden dürfen:
- , dass der Untersuchungsauftrag ggf. an ein spezialisiertes Labor weitergeleitet werden darf, Nein Ja *
- , dass Probe und erhobene Ergebnisse anonymisiert für Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen verwendet werden. Nein Ja *
- , dass bei Gengruppen-Untersuchungen die Zusammensetzung der auf www.labmed.de genannten Gene für die klinische Fragestellung je nach Stand der Wissenschaft sinnvoll angepasst werden kann.

* Keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Name & Unterschrift Vertreter/in

Name/Stempel & Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt