Patient (ggf. Patientenetikett)	
Name	○ weiblich ○ männlich ○ divers
Vorname	
Straße	Geburtsdatum
PLZ, Ort	

Einsender (ggf. Stempel)

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft | GbR
MVZ · Dr. Eberhard & Partner Dortmund

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	
○ Rechnung an Patient:in	○ ambulant §116b
○ Überweisungsschein (Muster 10)	○ stationär/Rechnung an Einsender

Nur vom Labor auszufüllen
Auftragsnummer

Molekulargenetische Untersuchung und Diagnostik bei Morbus Fabry

Version 01/2024

Patientenangaben (obligat)

Name, Vorname: ..... weiblich ☐ männlich ☐

Geb.-Datum: ..... schwanger: Nein ☐ Ja ☐, SSW: .....

Art des Untersuchungsmaterials: ..... Entnahmedatum: .....

Untersuchung diagnostisch ☐ prädiktiv ☐

Klinische Angaben .....

Indexfall in Familie (z.B. „Vater", „Mutter", „Sohn", „Tochter"...): .....

Molekulargenetischer Befund bei Indexfall in der Familie erhoben: Nein ☐ Ja ☐ Befund: ..... oder: ☐ Kopie anbei

Analysen

☐ **genetische Analyse des *GLA*-Gens**

☐ **Alpha-Galaktosidase (AGAL) Enzymaktivität** (nur bei männlichen Patienten sinnvoll)

☐ **Lyso-Gb3** (auch als Verlaufsparameter), wurde schon einmal bestimmt ☐

☐ Sonstiges:

.....

.....

.....

Einverständniserklärung Patientin / Patient (siehe Rückseite)

Die angeforderten genetischen Analysen unterliegen 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.

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13403-01-00

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft | GbR
MVZ · Dr. Eberhard & Partner Dortmund
Humangenetik

MVZ Dr. Eberhard & Partner Dortmund (ÜBAG)
Postfach 10 10 40
44010 Dortmund
Tel.: 0231·95 72-0
Fax: 0231·57 98 34
genetik@labmed.de
www.labmed.de

Stand 01/2024

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 beigefügt

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,
  - ich bin mit einer längerfristigen Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse (30 Jahre) einverstanden ☐ Nein ☐ Ja *
- über die Vernichtung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung,
  - 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
  - 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 Zufallsbefunden; 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**