Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einsendender Arzt für Probenidentität
(Praxisstempel)

Name verantwortliche ärztliche Person:

MVZ genetikum GmbH
Zentrallabor
Wegenerstrasse 15
89231 Neu-Ulm
Tel: 0731 14 610-0
Fax: 0731 14 610-220

Probeneinsendeformular Prävention

WICHTIG: •Rückseite bitte vom Patienten ausfüllen lassen. Einwilligungserklärung **muss** zur Diagnostik vorliegen.

Entnahmedatum:

Tag | Monat | Jahr | Uhrzeit

Probenmaterial ☐ = EDTA-Blut (2 ml EDTA-Blut) ☐ = Speichel

Befundmitteilung an:

☐ Einsender Arzt
☐ Patient/in

Prädiktive Untersuchungen wie die Präventionspanel bedürfen einer genetische Beratung und dürfen nach GenDG nur unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. Vorliegen der fachgebundenen genetischen Beratung) veranlasst werden. Mit Erteilen des Untersuchungsauftrages gewährleiste ich, dass diese Voraussetzungen für mich erfüllt sind. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Qualifikation besitze, die Untersuchung anzufordern.

Angaben zum Patienten

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers Ethnische Herkunft: _____

Besteht eine Schwangerschaft: ☐ Ja, SSW: _____ Konsanguinität der Eltern: ☐ Ja

Eigenanamnese/Verdacht/Symptome/Befunde/Diagnosen:

Angaben zur Familienanamnese/evtl. Stammbaum (Befunde/Diagnose)

Präventionspanel:

☐ Tumorerkrankungen 950€ ☐ Herz-Kreislauferkrankungen 950€ ☐ All-In 1.300€ (Tumor, Herz-Kreislauf, Stoffwechsel, weitere Gene)

Tumorerkrankungen

APC, ATM, AXIN2, BAP1, BARD1, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDC73, CDH1, CDK4, CDKN1B, CDKN2A, CHEK2, CTNNA1, DDB2, DICER1, EPCAM, FH, FLCN, GREM1, HOXB13, KIT, MAX, MBD4, MEN1, MET, MITF, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, NF1, NF2, NTHL1, PALB2, PDGFRA, PMS2, POLD1, POLE, PRKAR1A, PTCH1, PTEN, RAD51C, RAD51D, RB1, RET, RNF43, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, SMAD4, STK11, TMEM127, TP53, TSC1, TSC2, VHL, WT1

Herz-Kreislauferkrankungen

ACTA2, ACTC1, ACVRL1, APOB, BAG3, CALM1, CALM2, CALM3, CASQ2, COL3A1, DES, DSC2, DSG2, DSP, ENG, FBN1, FLNC, GDF2, GLA, KCNH2, KCNQ1, LDLR, LMNA, MYBPC3, MYH11, MYH7, MYL2, MYLK, MYL3, PCSK9, PKP2, PLN, PRKAG2, RBM20, RYR2, SCN5A, SMAD3, TGFBR1, TGFBR2, TMEM43, TNNC1,TNNI3, TNNT2, TPM1, TRDN, TTN, TTR

Stoffwechselerkrankungen & weitere Gene

ABCD1, APOB, ATP7B, BTD, CACNA1S, CYP27A1, GAA, GCK, GLA, HFE, HNF1A, HNF4A, LDLR, LDLRAP1, OTC, PCSK9, RPE65, RYR1, TTR

Sprechen Sie uns in unklaren Fällen an. Wir stehen Ihren Patienten an allen unseren Standorten für eine genetische Beratung zur Verfügung.

☐ Wir bitten um Zusendung von Versand- und Entnahmematerial

Wird vom genetikum ausgefüllt

Proben-Nr.	
MTA	
interner Arzt/ Berater	

ilac-MRA DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML 22061 01 00

Patient Nachname
Vorname

Geburtsdatum
Tag Monat Jahr

genetikum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine genetische Untersuchung geplant, die im MVZ genetikum GmbH durchgeführt werden soll. Gemäß Gendiagnostikgesetz **(GenDG)** darf die Untersuchung nur durchgeführt werden, wenn nachfolgende Einwilligungserklärung unterschrieben vorliegt. Im Rahmen der Untersuchung werden von Ihnen Patientendaten erhoben. Im Hinblick auf die EU-Datenschutzgrundverordnung **(DSGVO)** informieren wir Sie, zu welchem Zweck wir Ihre Patientendaten erheben, speichern oder weiterleiten. Patientendaten sind alle Informationen zu Ihrer Person, die anlässlich Ihrer Untersuchung und Behandlung genutzt werden. Beispiele für Patientendaten sind: Daten aus Arztbriefen, Ihre Krankengeschichte oder Befunde und Daten aus medizinischen Untersuchungen; dazu zählen ebenso Ergebnisse von Laboruntersuchungen. Ihre Patientendaten und medizinischen Befunde (personenbezogene Daten) werden nach den Regeln der DSGVO und der ärztlichen Schweigepflicht behandelt und ohne Ihre Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben.

Einwilligungserklärung nach GenDG und DSGVO

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt/meiner behandelnden Ärztin über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchungen sowie über die Konsequenzen , die sich daraus für mich und genetische Verwandte ergeben können, aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Ich fühle mich ausreichend informiert und willige in die mir angebotene und auf Seite 1 gekennzeichnete Diagnostik ein. Ich erkläre mich gem. GenDG einverstanden mit:

Wenn nichts angekreuzt ist, werten wir dies als nein.

• der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages** bzw. von Teilen davon an ein spezialisiertes, medizinisches Kooperationslabor	▫ ja	▫ nein
• der **Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial** für zusätzliche zweckgebundene Untersuchungen (ohne Anspruch)	▫ ja	▫ nein
• der **Verwendung** asservierter DNA zu qualitätssichernden Zwecken und für die Etablierung neuer Diagnostikverfahren in pseudonymisierter Form	▫ ja	▫ nein
• der **Verwendung der Untersuchungsergebnisse** in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Datenbanken	▫ ja	▫ nein
• der **Verwendung von Untersuchungsmaterial/-ergebnissen** in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Forschungszwecke	▫ ja	▫ nein
• der **Aufbewahrung der Ergebnisse** über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus (ohne Anspruch)	▫ ja	▫ nein
Ferner erkläre ich mich einverstanden mit:		
• der **Anforderung klinischer Befundberichte,** die für die Auswertung der beauftragten Untersuchung relevant sind	▫ ja	nein

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Verarbeitung meiner Patientendaten und medizinischer Befunde einverstanden. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann gem. Art 7 DSGVO i.V.m § 8 GenDG jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, ohne dass dies nachteilige Folgen für mich haben wird. Zudem steht es mir frei, auf die Mitteilung des Ergebnisses der Untersuchung zu verzichten und jederzeit die Vernichtung des aufbewahrten Probenmaterials zu verlangen (Recht auf Nichtwissen). Weitere Informationen zur Verarbeitung von Patientendaten finden Sie unter https://genetikum.de/datenschutz/patienten. Widerruf kann gegenüber dem MVZ genetikum GmbH unter der Geschäftsanschrift oder per eMail unter datenschutzkoordination@genetikum.de jederzeit erklärt werden.

Wichtig! Bitte angeben:

Je nach angewandter Untersuchungsmethode kann es zum Nachweis von Veränderungen kommen, die nicht in Zusammenhang mit dem ursprünglichen Untersuchungsauftrag stehen. Veränderungen, die nach aktuellem Wissensstand, in Anlehnung an ACMG, eine Behandlungskonsequenz (Früherkennungs- und/oder prophylaktische Therapiemaßnahmen) haben, können, sofern gewünscht, als **Zufallsbefund** berichtet werden. Ein Anspruch auf Vollständigkeit besteht dabei nicht.
Ich wurde über die Bedeutung und Tragweite von Zufallsbefunden für mich und meine leiblichen Familienangehörigen auf geklärt und möchte informiert werden:

BITTE ANGEBEN

▫ ja ▫ nein

Bei fehlender Angabe werden Zufallsbefunde nicht mitgeteilt.

✗ _____ ✔ _____

Ort/Datum | Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter | Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

Kostenübernahmeerklärung/Behandlungsvertrag:

Ich wünsche eine privatärztliche Behandlung durch das genetikum, welche nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter Beachtung der geltenden Höchstsätze in Rechnung gestellt wird. Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Die behandelnden Ärzte können keine Gewähr bzgl. der Erstattung durch eine bestehende Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernehmen. Mit nachstehender Unterschrift bestätigte ich, dass ich die Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage.

✗ _____

Ort/Datum | Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter