

## Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m  w  d 

Straße Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Kostenträger/Abrechnung

 GKV  PKV  Selbstzahler Rechnung an Einsender  Kostenvoranschlag zuschicken

## Weitere Befundempfänger

schriftliche Einwilligung erforderlich

## Verantwortliche ärztliche Person GenDG

Stempel, Telefon- und Faxnummer, Unterschrift

## Untersuchungsmaterial

Art, Menge, ggf. Entnahmezzeitpunkt

 EDTA-Blut (min. 3 ml)  Heparin-Blut  DNA Sonstiges \_\_\_\_\_ Entnahmedatum \_\_\_\_\_

## Auftrag

Indikation/Diagnose \_\_\_\_\_

 Array (CytoSNP-850K, Illumina)  Chromosomen  Exomanalyse (nur mit Einverständniserklärung)

## Erbliche Tumorerkrankungen

 Brust- und Eierstockkrebs Familiäres atypisches multiples Muttermal- und Melanomsyndrom (FAMMM) Fanconi Anämie Hauttumore Head Neck Tumore (SCCHN, Kopf-Hals Tumore) Hereditäres diffuses Magenkarzinom Hereditäres Nierenzellkarzinom Hereditäres papilläres Nierenzellkarzinom (HPRCC) Kolorektalkarzinome, HNPCC, FAP, MYH Li-Fraumeni-Syndrom Lungenkarzinome Lynch-Syndrom (hereditäres nicht-polypöses Kolonkarzinom, HNPCC) Magenkarzinome Mamma- und Ovarialkarzinome Multiple endokrine Neoplasien Typ 1 (MEN1) Typ 2A und B (MEN2) Typ 4 (MEN4) Nierenkarzinome Pankreaskarzinome Paragangliom/Phäochromozytome Paragangliom-Phäochromozytom-Syndrom Polyposis-Syndrome Familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) / MUTYH-assoziierte Polyposis (MAP) Juvenile Polyposis-Syndrom Peutz-Jeghers-Syndrom Polyposis-Syndrome, hereditär PTEN-Hamartom Tumor-Syndrom Retinoblastom von Hippel-Lindau-Syndrom (VHL) ZNS Tumore (des Zentralnervensystems) Sonstige: \_\_\_\_\_

Klinische Angaben/Stammbaum

bitte verwenden Sie die unten abgebildeten Symbole

Large grid area for drawing the clinical data and pedigree.

Patientendaten

weiblich

männlich



nicht betroffen



betroffen



verstorben



Überträger



Geschlecht nicht festgestellt



Schwangerschaft



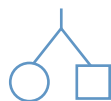
Spontanabort



Schwangerschaftsabbruch



Eineiige Zwillinge



Zweieiige Zwillinge



Indexpatient



Infertilität

Weil jeder Mensch einzigartig ist

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige mit dieser Unterschrift nach erfolgter Aufklärung gemäß Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (GenDG) mein Einverständnis mit den genetischen Analysen und der dafür erforderlichen Probenentnahme.

Ich wurde auch über mein Widerrufsrecht aufgeklärt.

Mit der Aufbewahrung der Ergebnisse der Untersuchung, über die gesetzliche Frist von 10 Jahre hinaus, bin ich einverstanden.

JA  NEIN

Mit der Aufbewahrung von Probenmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit, der Qualitätssicherung oder für ergänzende Untersuchungen bin ich einverstanden. Das Probenmaterial muss nach der Untersuchung nicht direkt vernichtet werden.

JA  NEIN

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages oder weiterführender Diagnostik im Rahmen der medizinischen Fragestellung an Kooperationslabore bin ich bei Bedarf einverstanden.

JA  NEIN

Mit der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial und/oder Befunden für wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form bin ich einverstanden.

JA  NEIN

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass der Untersuchungsbeauftragte (Hanse Genetik) meine Analyse-Daten auch vor der gesetzlichen Frist von 10 Jahren löschen darf, wenn keine medizinischen Belange dagegensprechen.

JA  NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass relevante Vorbefunde von anderen Ärzten und medizinischen Einrichtungen durch den Untersuchungsbeauftragten (Hanse Genetik) angefordert werden dürfen.

JA  NEIN

Fotografien für wissenschaftliche Veröffentlichungen sind erlaubt.

JA  NEIN

Sollten aus Untersuchungen oder im Rahmen von Forschungsprojekten Zusatzbefunde entstehen, möchte ich informiert werden.

JA  NEIN

Ich bin einverstanden, dass die erhobenen Befunde auch an o. g. Ärzte (siehe Anforderungsbogen) versendet und besprochen werden können.

JA  NEIN

Patient/gesetzl. Vertreter (Druckbuchstaben)

Arzt (Druckbuchstaben)

Patient/gesetzl. Vertreter (Datum, Unterschrift)

Arzt (Datum, Unterschrift)