

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w d

Straße Nr.: _____

PLZ Wohnort: _____

Telefon: _____

Kostenträger/Abrechnung

 GKV PKV Selbstzahler Rechnung an Einsender Kostenvoranschlag zuschickenWeitere Befundempfänger schriftliche Einwilligung erforderlichVerantwortliche ärztliche Person GenDG

Stempel, Telefon- und Faxnummer, Unterschrift

Untersuchungsmaterial

Art, Menge, ggf. Entnahmezeitpunkt

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

Auftrag

Indikation/Diagnose _____

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

Seltene Erkrankungen (Rare Diseases)

Epilepsie

 Aarskog-Syndrom Angelman/Angelmanlike-Syndrom Autismus Bardet-Biedl-Syndrom Cockayne-Syndrom Cornelia-de-Lange-Syndrom Costello-Syndrom DiGeorge-Syndrom Ehlers-Danlos-Syndrom (vaskuläre Form) Familiäre hemiplegische Migräne Friedreich-Syndrom Gilbert-Syndrom Gilles-de-la-Tourette-Syndrom Klinefelter-Syndrom Leopard-Syndrom Lippen-Kiefer-Gaumenspalten Marfan-Syndrom Mikrodeletionssyndrome Mikrozephalie Noonan-Syndrom Rett- und Rett-ähnliches-Syndrom Romano-Ward-Syndrom Russell-Silver-Syndrom Smith-Magenis-Syndrom Walker-Warburg-Syndrom Werner-Syndrom

Bei Entwicklungsbesonderheiten steht ein Array für die Indikation Entwicklungsverzögerung und Autismus zur Verfügung.

 CytoSNP -850K BeadChip (Illumina)

Außerdem sind Exom Analysen z. B. als Trio für ein klinisches bzw. Whole Exom möglich (TruSight One bzw. IDT Version 2.0).

 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)