

Patientendaten (ggf. Aufkleber)			Zentrum für Nephrologie und Stoffwechsel
Name	Vorname		
Geburtsdatum	Telefon	Molekulargenetisches Labor	
Straße		Leiter Dr. Mato Nagel (Internist/Nephrologe)	
PLZ		Werner Seelenbinder-Str. 73	
		D-02943 Weisswasser	
		Telefon: +49-3576-215522	

Einwilligungserklärung

Diese Einwilligungserklärung gemäß dem Gendiagnostikgesetz ist seit dem 1.2.2010 Voraussetzung für die Durchführung einer genetischen Untersuchung.

Mit meiner Unterschrift erteile ich nach der am _____ erfolgten Aufklärung von Herrn/Frau

_____ über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung meine Einwilligung folgende genetische Analyse(n) und die dazugehörigen Blut-/Gewebeabnahmen durchzuführen:

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Befunde in Papierformat oder in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert und in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke oder für Zwecke der Qualitätssicherung genutzt/publiziert werden.

Ich bin einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden (damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen).

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchungen neben meinem einsendenden Arzt / meiner einsendenden Ärztin auch folgenden Personen zur Verfügung gestellt werden:

_____ Nach Abschluss der Analyse verbliebenes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit gemäß §950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat und gestatte die Verwendung für wissenschaftliche Zwecke in pseudonymisierter Form.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe falls notwendig an ein anderes Labor, welches sich an die selben Rechtsvorgaben hält, weitergeleitet werden kann.

Ich bin einverstanden, dass meine Daten für Abrechnungszwecke an die ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Mir ist bekannt, dass ich alle getätigten Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönlichen Nachteil mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

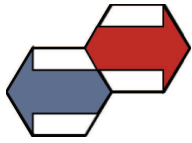
- Nichtzutreffendes bitte streichen -

Ort, Datum

Patienten/in bzw. gesetzliche(r) Vertreter(in)

Name

Unterschrift

Patientendaten (ggf. Aufkleber)			Zentrum für Nephrologie und Stoffwechsel
Name	Vorname		
Geburtsdatum	Telefon	Molekulargenetisches Labor	
Straße		Leiter Dr. Mato Nagel (Internist/Nephrologe)	
PLZ	Wohnort	Werner Seelenbinder-Str. 73	
		D-02943 Weisswasser	
		Telefon: +49-3576-215522 Fax: +49-3576-215524 email: labor@moldiag.de	

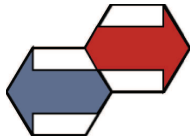
Klinischer Fragebogen

Klinische Angaben
Alternativ oder ergänzend Wir freuen uns auch über beifügte Krankenberichte und Befunde (z-B. Biopsieergebnisse)

Angaben zu klinischen Konsequenzen	
Therapeutisch	<input type="checkbox"/> Einleitung einer spezifischen Therapie (welche?) <input type="checkbox"/> Vermeidung einer belastenden Therapie (welche?) <input type="checkbox"/> Entscheidungen zur Transplantation (welche?) <input type="checkbox"/> Andere (welche?)
Diagnostisch	<input type="checkbox"/> Verbesserung der diagnostischen Sicherheit (Inwiefern?) <input type="checkbox"/> Vermeidung belastender Diagnostik (welche?) <input type="checkbox"/> Familienuntersuchung (In welchem Zusammenhang?) <input type="checkbox"/> Andere (welche?)
Familienberatung	<input type="checkbox"/> Familienplanung <input type="checkbox"/> Prenatale Diagnostik <input type="checkbox"/> Andere (welche?)
Andere	

Angaben zur Familienanamnese	
X-chromosomal rezessive Vererbung	<input type="checkbox"/> typisch (Mann->Frau->Mann vererbung mit oligo oder asymptomatischen Frauen) <input type="checkbox"/> wahrscheinlich (Männer sind in der Familie stärker betroffen als Frauen.)
Autosomal rezessive Vererbung	<input type="checkbox"/> typisch (mit Konsanguinität) <input type="checkbox"/> typisch (Eltern gesund mindestens zwei Kinder betroffen) <input type="checkbox"/> wahrscheinlich
Autosomal dominante Vererbung	<input type="checkbox"/> typisch (z.B. bei Vererbung von Mann zu Mann) <input type="checkbox"/> wahrscheinlich
Familienanamnese unbestimmt	<input type="checkbox"/> nur ein Patient in der Familie betroffen <input type="checkbox"/> keine Familiendaten vorhanden
Andere	

Weitere Proben dieser Familie	
Proben-/Patientenidentifikation	Verwandtschaftsverhältnis
Proben-/Patientenidentifikation	Verwandtschaftsverhältnis
Proben-/Patientenidentifikation	Verwandtschaftsverhältnis
Proben-/Patientenidentifikation	Verwandtschaftsverhältnis
Proben-/Patientenidentifikation	Verwandtschaftsverhältnis
Alternativ können Sie natürlich gern einen Familienstammbaum einfügen.	

Patientendaten (ggf. Aufkleber)			Zentrum für Nephrologie und Stoffwechsel
Name	Vorname		
Geburtsdatum	Telefon	Molekulargenetisches Labor	
Straße		Leiter Dr. Mato Nagel (Internist/Nephrologe)	
PLZ	Wohnort	Werner Seelenbinder-Str. 73	
		D-02943 Weisswasser	
		Telefon: +49-3576-215522 Fax: +49-3576-215524 email: labor@moldiag.de	

Untersuchungsanforderung

Klinische Fragestellung (ggf. Spezifizierung Gene / Methoden)

Befundempfänger (ggf. Stempel)
Name, Vorname
Adresse
Email, Telefon, Fax

Zusätzliche Patientenangaben
Patientenidentifikationsnummer
Geschlecht
Abstammung
Bekannte Infektionskrankheiten

Zusätzliche Probenangaben		
Probenidentifikationsnummer		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">Art der Probe</td> <td> <input type="checkbox"/> Gereinigte DNA mittels (Kit oder Methode) <input type="checkbox"/> Vollblut mit EDTA als Antikoagulant (andere bitte angeben) <input type="checkbox"/> Vollblut ohne Antikoagulant <input type="checkbox"/> Schleimhautabstrich (bitte angeben wo entnommen) <input type="checkbox"/> Biopsiematerial (bitte genaue Angaben) <input type="checkbox"/> Gereinigte RNA mittels (Kit oder Methode) <input type="checkbox"/> Andere </td> </tr> </table>	Art der Probe	<input type="checkbox"/> Gereinigte DNA mittels (Kit oder Methode) <input type="checkbox"/> Vollblut mit EDTA als Antikoagulant (andere bitte angeben) <input type="checkbox"/> Vollblut ohne Antikoagulant <input type="checkbox"/> Schleimhautabstrich (bitte angeben wo entnommen) <input type="checkbox"/> Biopsiematerial (bitte genaue Angaben) <input type="checkbox"/> Gereinigte RNA mittels (Kit oder Methode) <input type="checkbox"/> Andere
Art der Probe	<input type="checkbox"/> Gereinigte DNA mittels (Kit oder Methode) <input type="checkbox"/> Vollblut mit EDTA als Antikoagulant (andere bitte angeben) <input type="checkbox"/> Vollblut ohne Antikoagulant <input type="checkbox"/> Schleimhautabstrich (bitte angeben wo entnommen) <input type="checkbox"/> Biopsiematerial (bitte genaue Angaben) <input type="checkbox"/> Gereinigte RNA mittels (Kit oder Methode) <input type="checkbox"/> Andere	
Abnahmedatum	Konzentrationsangaben	

Befundkopieempfänger

Rechnungsempfänger

Checkliste	
obligat	<input type="checkbox"/> Einverständniserklärung des Patienten liegt vor <input type="checkbox"/> Eine humangenetische Beratung ist sichergestellt
fakultativ	<input type="checkbox"/> Klinische Angaben beigefügt