

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

**synlab**  
**Medizinisches**  
**Versorgungszentrum**  
**Humane Genetik München GmbH**



**Ärztliche Leitung:**  
**Dr. med. Dr. rer. nat. Claudia Nevinny-Stickel-Hinzpeter**  
Fachärztin für Humangenetik

Lindwurmstraße 23  
D- 80337 München  
Tel.: (+49) (0)89 54 86 29 – 0 info@humane-genetik.de  
Fax: (+49) (0)89 54 86 29 – 243 www.humane-genetik.de

## Untersuchungsauftrag Molekulargenetik – Tumorerkrankungen

Humangenetische Leistungen belasten NICHT das Budget des anfordernden Arztes

**Kostenträger:** Gesetzlich versicherte Patienten:  Laborüberweisungsschein Muster 10 (Ausnahmeziffer: 32010)  
 Überweisungsschein Muster 06-2 (gelb)  
Privat:  GOÄ-Rechnung an Patient  
Stationär:  Rechnung an Klinik

**Geschlecht des Patienten:**  männlich  weiblich

**Untersuchungsmaterial:** Entnahmedatum: \_\_\_\_\_  
 EDTA-Blut 2-5 ml  DNA  Sonstiges:

### Untersuchungen:

- Familiäre adenomatöse Polyposis coli (FAP)
  - APC  MUTYH
- Hereditäres nicht-polypöses Kolonkarzinom (HNPCC)
  - MLH1  MSH2  MSH6
- Mamma- u. Ovarialkarzinom, hereditäres
  - BRCA1  BRCA2
- Multiple endokrine Neoplasie Typ II (MENII, RET)
- Neurofibromatose Typ I (NF1, NF1)

### Klinische Angaben / Diagnose:

Bestehen bereits Symptome der Erkrankung? ja  nein

Wenn ja, welche Symptome, und in welchem Alter wurden diese bemerkt?

Gibt es weitere Betroffene in der Familie ? ja  nein

Wurde bereits bei einem Familienangehörigen eine molekulargenetische Untersuchung durchgeführt? ja  nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Handelt es sich um präsymptomatische/prädiktive Diagnostik? ja  nein

Wenn Sie die vorherige Frage mit „ja“ beantwortet haben: wurde die Diagnostik im Rahmen eines humangenetischen Beratungsgespräch entsprechend §10 des GenDG veranlaßt? ja  nein

Falls vorhanden bitte Arztbriefe und Ergebnisse molekulargenetischer Untersuchungen beilegen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes und Stempel \_\_\_\_\_

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

**synlab**  
**Medizinisches**  
**Versorgungszentrum**  
**Humane Genetik München GmbH**



**Ärztliche Leitung:**  
**Dr. med. Dr. rer. nat. Claudia Nevinny-Stickel-Hinzpeter**  
Fachärztin für Humangenetik

Lindwurmstraße 23  
D- 80337 München  
Tel.: (+49) (0)89 54 86 29 – 0 info@humane-genetik.de  
Fax: (+49) (0)89 54 86 29 – 243 www.humane-genetik.de

## Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Hiermit gebe ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der Fragestellung/ Verdachtsdiagnose, wie auf dem Überweisungsschein oder den Anforderungsformularen angegeben,



Indikation

bei mir, bzw. der von mir vertretenen Person (§ 14 GenDG) durchgeführt wird.

**Aufbewahrung der Proben gemäß GenDG (§13):** Das Gendiagnostikgesetz sieht eine Vernichtung der genetischen Proben nach Befunderstellung vor. Um eine Nachprüfung der Ergebnisse sicherstellen zu können, werden die genetischen Proben über einen angemessenen Reaktionszeitraum aufbewahrt und dann verworfen. Für einige Patientenproben kann eine längere Aufbewahrungsdauer sinnvoll sein.

Die Aufbewahrung und Vernichtung der genetischen Proben gemäß GenDG erachte ich als ausreichend.

Nach erfolgter Aufklärung wünsche ich die Aufbewahrung der genetischen Proben 10 Jahre lang über die gesetzliche Frist hinaus.

### Verwendung der genetischen Proben (§13):

Ich erlaube die Nutzung ausschließlich zur Durchführung der o. g. genetischen Diagnostik.

Ich erlaube zusätzlich die Nutzung für Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke nach Anonymisierung.

### Aufbewahrung der Ergebnisse nach Befunderstellung (§12):

Die Aufbewahrung der Ergebnisse innerhalb des gesetzlichen Rahmens über einen Zeitraum von 10 Jahren erachte ich als ausreichend.

Nach erfolgter Aufklärung wünsche ich die Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus.

Es steht mir frei, nach Ergebnismitteilung über die verantwortliche ärztliche Person jederzeit ohne Angabe von Gründen die Vernichtung der Ergebnisse zu verlangen.

Es steht mir frei, diese Einwilligung über die verantwortliche ärztliche Person jederzeit ohne Angabe von Gründen teilweise oder ganz zu widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patienten, bzw. des gesetzl. Vertreters

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person