

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 - MODY

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:

### Klinische Angaben / Diagnose:

Alter bei Diagnose DM: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ HbA1c: \_\_\_\_\_ %

Familienanamnese: \_\_\_\_\_

### Untersuchungen:

#### MODY

- MODY1  
(*HNF4A*, OMIM 600281)
- MODY2  
(*GCK*, OMIM 138079)
- MODY3  
(*HNF1A (=TCF1)*, OMIM 142410)
- MODY 4  
(*IPF1*, OMIM 606392)
- MODY5 (Renal Cysts and Diabetes syndrome, RCAD)  
(*HNF1B (=TCF2)*, OMIM 189907)

#### Hyperinsulinismus

- ABCC8 (=SUR1)*  
(OMIM 600509)
- KCNJ11 (=Kir6.2)*  
(OMIM 600937)
- GCK*  
(OMIM 138079)
- GLUD1*  
(OMIM 138130)

#### Mitochondrialer Diabetes

- m.3243 A>G tRNA Leucin

#### Neonataler Diabetes

- GCK*  
(OMIM 138079)
- KCNJ11 (=Kir6.2)*  
(OMIM 600937)
- UPD6

**Analyse einer familiär bekannten Mutation**

Name und Geburtsdatum des Indexpatienten:

**Gen und Mutation:**

Falls vorhanden bitte Arztbriefe und Ergebnisse molekulargenetischer Untersuchungen betroffener Verwandter 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 Qualitäts-sicherungsmaßnahmen 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