

| | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Patient(in) | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> divers |
| Name, Vorname _____ geb. _____ | | | |
| Straße _____ | | | |
| PLZ _____ | | Ort _____ | |

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



DIE DRESDNER.

Institut für Klinische Genetik
Fetscherstraße 74, Haus 137, Laborbereich
01307 Dresden, Germany

Genetische Ambulanz

Tel.: +49 (0)351 458 2891

Fax: +49 (0)351 458 4316

Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

Anforderungsschein Pränatale Diagnostik und Einwilligung nach GenDG

Bitte achten Sie auf die Vollständigkeit Ihrer Angaben, da sonst gegebenenfalls keine Bearbeitung erfolgen kann.

Für Postnataldiagnostik bitte „Anforderungsschein Postnatal – Zytogenetische und Molekulargenetische Diagnostik“ verwenden.

Arzt/Ärztin und Einrichtung (Stempel o. Druckschrift)

Name, Vorname _____

Name der Einrichtung _____

Adresse _____

Telefon _____

Kostenträger

Gesetzliche KV Überweisungsschein Nr. 10

Hochschulambulanz

UKD – stationär

Private KV / Selbstzahler / IGeL

Rechnung an Einsender / Klinik

Kostenübernahme

Forschungsbasis nach Absprache

§ 116b SGBV

Untersuchungsgrund (Erkrankung / Diagnose / klinische u. anamnestische Daten/Art der Untersuchung/Methode)

Einwilligung: Gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) willige ich mit meiner Unterschrift ein in die genetischen Untersuchungen zur Klärung der oben genannten Erkrankung / Diagnose und in die

Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags

a) zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung.

ja nein

b) für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten.

ja nein

Nutzung der Untersuchungsergebnisse für Familienmitglieder.

ja nein

Verwendung des überschüssigen Probenmaterials zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen, sowie Publikation der pseudonymisierten Ergebnisse.

ja nein

Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse länger als 10 Jahre.

ja nein

Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor.

ja nein

Mitteilung von Informationen über gesundheitsrelevante **Zusatzbefunde**.

ja nein

Übermittlung des Untersuchungsbefundes an einen weiterbehandelnden Arzt.

ja nein

Ich willige ein, dass alle therapeutisch oder prognostisch relevanten Zusatzbefunde mitgeteilt werden. Hinsichtlich der Zusatzbefunde besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Befundmitteilung erfolgt grundsätzlich entsprechend dem Gendiagnostikgesetz.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen. Ich habe eine ausführliche Aufklärung zu den vorgesehenen genetischen Untersuchungen gemäß GenDG erhalten und verstanden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit. Ich habe eine Kopie der Aufklärung und der Einwilligung erhalten.

Alternativ Bestätigung durch Aufklärenden Arzt: Die Einwilligung des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters liegt mir vor.

Sollten die Fragen unbeantwortet bleiben, wird mit der Unterschrift die Einwilligung des Patienten / der Patientin vorausgesetzt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Arzt/Ärztin



Patientin _____

Klinische Angaben und Ergebnisse bisheriger genetischer Untersuchungen

Datum letzte Regelblutung ____ . ____ . ____

Datum Ultraschall ____ . ____ . ____

SSW nach US ____ + ____

Anzahl Feten ____

Untersuchung erfolgt

- auf Wunsch der Patientin (psychische Indikation)
- wegen auffälligem Erst-Trimester-Screening _____
- wegen auffälligem Ultraschall _____
- mütterliches Alter > 34 Jahre
- auf Grund von Auffälligkeiten in vorangegangenen Schwangerschaft(en) _____
- andere Indikation _____

Voruntersuchungen der Patientin in Bezug auf die aktuelle Indikationsstellung

Familienanamnese

- positiv (bitte Stammbaum beifügen)
- negativ

Angaben zu eventuell vorhandenen Indexpatienten in der Familie, Voruntersuchung erfolgt?

Die Untersuchung ist

- diagnostisch
- prädiktiv
- auf Anlageträgerschaft

Geschlechtsangabe gewünscht

- ja
- nein

Material

Art des Materials bitte ankreuzen Datum Materialentnahme ____ . ____ . ____ Uhrzeit ____ : ____ Uhr

- 20 ml Fruchtwasser nach Amniozentese + 5 ml EDTA – Blut der Mutter
- 10 – 20 mg Chorionzotten nach CVS – Biopsie + 5 ml EDTA – Blut der Mutter
- 1 – 2 ml Nabelschnurblut nach Chordozentese
- Abortmaterial (nicht tiefgekühlt, steril) + 5 ml EDTA – Blut der Mutter
- Sonstiges nach Absprache _____

Zytogenetik und Molekulare Zytogenetik (Prof. Dr. med. Evelin Schröck, +49 (0)351 458 15138)

Zytogenetik

- Chromosomenanalyse

FISH-Diagnostik

- Pränataler Schnelltest (IGeL, Trisomiebestimmung Chr. 13, 18, 21, X, Y)
- Mikrodeletion 22q11.2, 10p14 (DiGeorge)
- Weiteres nach Absprache (SKY, FISH mit lokusspezifischen Sonden, etc.) _____

Molekulare Karyotypisierung (Dr. rer. nat. Karl Hackmann, +49 (0)351 458 16861)

- Array – CGH (molekulare Karyotypisierung mittels Agilent – Chip 2 x 400 k, Auflösung 20 – 25 kb)
- custom Array – CGH nach Absprache (molekulare Karyotypisierung definierter Chromosomenabschnitte)

Weitere Anforderung (Dr. rer. nat Sarah Wölffling, +49 (0)351 458 15138)

- Anlegen einer Zellkultur für externe Analysen
- Asservierung von Zellkultur / DNA / RNA (Zutreffendes bitte unterstreichen) für ggf. weitere Diagnostik
- Mikrosatellitenanalyse zur Kontaminationskontrolle (IGeL)
- Weitere Anforderungen nach Absprache _____