

Patientendaten ► **Versichertenkarte**

Untersuchungsauftrag

Einsender

☐ Klinik/Station ☐ Ambulanz ☐ Arzt

Adresse/Stempel

Tel.: _____

Fax: _____

Abrechnung

- ☐ **Kassenpatient/in** (bitte Überweisungsschein Muster 10 beilegen)
- ☐ **Privat, ambulant** (Rechnung an Patient nach GOÄ)
- ☐ **Privat, stationär**
- ☐ **Rechnung an Einsender/Klinik** (Adresse siehe Einsenderfeld)

WICHTIG

 Für die Durchführung der Analyse muss die Einverständniserklärung gemäß
 Gendiagnostikgesetz vorliegen!

Einverständniserklärung

- ☐ Die Einverständniserklärung des Patienten für die Durchführung der Analyse gemäß GenDG liegt mir vor.
- ☐ Einverständniserklärung des Patienten für die Durchführung der Analyse gemäß GenDG entsprechend umseitigem Auftragsformular

Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person

Untersuchungsmaterial

Entnahmedatum/Uhrzeit: _____

- | | |
|---|---|
| ☐ EDTA-Blut 5 ml | ☐ Na-Heparin-Blut 5 ml |
| ☐ Wangenabstrich | ☐ Speichelprobe |
| ☐ DNA aus | ☐ Sonstiges |

 Bei **pränataler molekulargenetischer Diagnostik** bitte mehr Material gewinnen
 und zusätzlich EDTA-Blut der Mutter einsenden!

- | | |
|---|--|
| ☐ Abortgewebe | ☐ Chorionzotten 25 mg |
| ☐ Fruchtwasser 15 ml | ☐ klar ☐ blutig ☐ xanthochrom |

Angeforderte Analysen (Gene/Gen-Panel ggf. Panel-ID)

Klinische Information

Angaben zum Patienten

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbekannt
 Analyseart: ☐ diagnostisch (Patient erkrankt) ☐ prädiktiv (Patient nicht erkrankt) ☐ Überträger ☐ pränatal ☐ Suche nach unbekannter Variante ☐ Testung bekannter Variante
Vorherige genetische Analysen: ☐ nein ☐ ja Ergebnisse / Befunde: _____

Familienanamnese

Betroffene Verwandte: ☐ nein ☐ jaVerwandte mit ähnlichen Symptomen: ☐ nein ☐ ja

Genetische Analysen bei Verwandten: Ergebnisse / Befunde

Stammbaum/Angabe der betroffenen Familienmitglieder

Probeneingang (nur durch SYNLAB auszufüllen)

Material _____ Weg _____ Menge _____ Datum _____ Uhrzeit _____

Sendeadresse (ungekühlt, kein Eilversand):

 SYNLAB MVZ
 Humangenetik Mannheim GmbH

 Harrlachweg 1
 D-68163 Mannheim

 Tel +49 621 42286-0
 Fax +49 621 42286-88

 E-Mail info@zhma.de
 Web www.zhma.de

Patient

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Einverständniserklärung

In Bezug auf die Erkrankung bzw. Verdachtsdiagnose

und die geplante Untersuchung

(bitte hier eintragen)

(bitte hier eintragen)

wurden mir der genetische Hintergrund, eventuell mögliche Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten sowie Zweck, Art, Umfang und Informationswert der genetischen Diagnostik einschließlich der mit Probenentnahme und/oder den Tests verbundenen Risiken hinreichend erläutert. Für den Zweck der Analyse stimme ich der Weitergabe meiner klinischen Daten an das auswertende Labor zu. Diese können ärztliche Befunde und weitere Daten, z. B. Informationen, die durch medizinische Hilfskräfte oder im Zusammenhang mit einem Reha-Aufenthalt erhoben wurden, umfassen.

Befundung

Ich wünsche über Befunde informiert zu werden, die derzeit nicht ausreichend beurteilt werden können, aber nach den verfügbaren Informationen das Potenzial haben, in Zukunft diagnostisch relevant zu werden (Varianten unklarer Signifikanz, VUS).

☐ ja ☐ nein

Ich möchte über diagnostische Zufallsbefunde informiert werden, die über den im Auftrag definierten Fokus der Analyse hinausgehen, soweit sie in der ACMG-Liste empfohlener Zufallsbefunde erscheinen. Die Auswahl basiert auf Krankheiten, für die Behandlungen oder vorbeugende Maßnahmen in anerkannten Richtlinien beschrieben sind.

☐ ja ☐ nein

Neben der oben genannten ACMG-Auswahl möchte ich auch über Zufallsbefunde informiert werden, die nicht in der ACMG-Liste enthalten sind. Mir ist bekannt, dass es für diese Erkrankungen noch keine Behandlungsmöglichkeit oder Vorbeugung gibt. (Diese Option steht nicht für pränatale Tests zur Verfügung. Bei Minderjährigen werden nur Krankheiten mit Beginn vor dem 18. Lebensjahr berichtet.)

☐ ja ☐ nein

Datennutzung und Archivierung

Mir ist bekannt, dass nach deutschem Recht die Archivierung meiner personenbezogenen Daten und aller Analysedaten für 10 Jahre nach Abschluss der Analyse vorgeschrieben ist.

Nach Ablauf der Archivierungsfrist von 10 Jahren sollen die Daten nicht vernichtet, sondern, soweit möglich, weiter aufbewahrt werden.

☐ ja ☐ nein

Ich erlaube SYNLAB, alle während der Analyse gesammelten Daten, einschließlich klinischer Informationen, in pseudonymisierter Form in die SYNLAB-interne Datenbank aufzunehmen, um die Analyse und Interpretation von diagnostischen Assays und Varianten weiter zu verbessern.

☐ ja ☐ nein

Ich stimme der Weitergabe und Nutzung klinischer Daten, Ergebnisse und generierter Daten für wissenschaftliche Zwecke innerhalb und außerhalb der SYNLAB-Gruppe zu.

☐ ja ☐ nein

Material/Probenarchivierung

Mir ist bekannt, dass entsprechend dem deutschen Gendiagnostikgesetz meine Probe und extrahiertes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Analyse vernichtet werden müssen und für weitere Untersuchungen dann nicht mehr zur Verfügung stehen.

Ich wünsche dementsprechend, dass SYNLAB die gesammelte Probe über das Ende der Analyse hinaus archiviert, um sie für eventuelle weitere Analysen, aber auch für pseudonymisierte interne Qualitätskontrollen und Beiträge zu wissenschaftlichen Anfragen innerhalb oder außerhalb der SYNLAB-Gruppe, zu verwenden.

☐ ja ☐ nein

Mir ist bekannt, dass ich berechtigt bin:

- meine Einwilligung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen und ohne Folgen meines Widerrufs zurückzuziehen
- über das/die Untersuchungsergebnis(se) nicht informiert zu werden (Recht auf Nichtwissen)
- die begonnene Untersuchung bis zur Mitteilung des Ergebnisses jederzeit zu unterbrechen
- die Vernichtung meines gesamten Probematerials einschließlich aller daraus entnommenen Anteile zu verlangen
- die Löschung aller bisher erhaltenen Ergebnisse und Feststellungen zu verlangen, sofern diese nicht für die gesetzliche Dokumentation nötig sind

Ich bin ausreichend informiert, auf meine Fragen wurde eingegangen und ich bin mit der Untersuchung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung zur Abrechnung von privatärztlichen Leistungen

Ab einer Rechnungssumme von 1000€ wird die Einholung einer Kostenübernahmeerklärung der Krankenversicherung empfohlen und ein Voranschlag vom SYNLAB MVZ Humangenetik bereitgestellt. Mit der Untersuchung wird bis zur bestätigten Kostenübernahme gewartet.

Dementgegen wünsche ich unabhängig von der zu erwartenden Rechnungssumme die Zusendung eines Kostenvorschlages, um diesen vor Untersuchungsbeginn bei meiner privaten Krankenkasse für eine Kostenübernahmeerklärung einzureichen.

☐ ja

Ich werde die Honorarforderung nach gültiger GOÄ unabhängig von einer evtl. Ablehnung einer Kostenübernahme durch meine Krankenkasse erstatten und wünsche die Zusendung des Kostenvorschlages und den sofortigen Beginn der Analyse.

☐ ja

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Daten an die Verrechnungsstelle (SYNLAB Holding Deutschland GmbH, Gubener Straße 39, 86156 Augsburg) zum Zwecke der Einziehung der ärztlichen Honorarforderung.

Ort, Datum

Unterschrift