

**Postnatale cytogenetische Anforderung siehe nächste Seite
Bitte auch Patienteneinverständniserklärung auf der 3. Seite beachten!**

Postnatale cytogenetische Untersuchungen:

Indikation:

männlich weiblich

ggf. Stammbaum // Beschreibung der Symptomatik // Angaben zur Schwangerschaft (SSW) // ggf. Vorbefunde in Kopie beilegen

Angaben zum Untersuchungsmaterial:

Materialart (ggf. Herkunftsort, Vorbehandlung):

Menge:

Entnahmedatum:

Gewünschte Untersuchung bitte ankreuzen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse an Blutlymphozyten | 5-10 ml Na- oder NH₄-Heparin Vollblut ,
Neugeborene ca. 1-2ml
▶▶ Kein Li-Heparin-Blut oder EDTA-Blut! |
| <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse an Hautfibroblasten
<input type="checkbox"/> Anlegen einer Fibroblastenkultur | Hautbiopsie in steriler physiologischer
NaCl-Lösung oder Zellkulturmedium |
| <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse aus anderem Material: | |
| <input type="checkbox"/> Array Diagnostik (genomweiter Nachweis von Deletionen und Duplikationen) *:
Bei Einbeziehung der Eltern oder ggf. weiterer Kinder jeweils eine eigene Einverständniserklärung und einen Überweisungsschein beilegen | 10 ml EDTA-Blut |

Fluoreszenz in situ Hybridisierung (FISH) Diagnostik

5-10 ml Na- oder NH₄-Heparin Vollblut kein
Li-Heparin-Blut oder EDTA-Blut

- 22q11 Mikrodeletion (DiGeorge-Syndrom/ Shprintzen-Syndrom)
- Cri-du-Chat-Syndrom (5p-)
- Ichthyosis (X-linked) (*STS*)
- Kallmann-Syndrom (Xp22.3)
- Miller-Dieker-Syndrom (17p13.3)
- Neurofibromatose Typ 1 (*NF1*) (Deletion nachweisbar bei ca. 5% der Fälle)
- Prader Willi-Syndrom / Angelman-Syndrom
- Retinoblastom (*RB1*) * (Deletion nachweisbar bei ca. 15% der Fälle)
- Rubinstein-Taybi Syndrom*
- Smith-Magenis-Syndrom (17p11.2)
- Leri Weill-Syndrom / Kleinwuchs (*SHOX*-Gen Deletion)*
- WAGR Syndrom (Aniridie, Wilmstumor) *
- Williams-Beuren-Syndrom (7q11.2)
- Wolf-Hirschhorn-Syndrom (4p-)
- FISH mit Subtelomer Sonden
- FISH mit spezifischen "Painting", Sonden
- FISH zur chromosomalen Charakterisierung von Markerchromosomen**
- FISH zur Bestätigung von Array-Befunden und ggf. Untersuchung der Eltern**

*) die mit Sternchen gekennzeichneten Verfahren sind nicht akkreditiert

**) auf Anfrage

Material bitte ungekühlt senden an:

Labor für Cytogenetische Diagnostik
Institut für Humangenetik,
Im Neuenheimer Feld 366
69120 Heidelberg

Weitere Untersuchungsdiagnostik:

siehe Anforderungsscheine

„Leukämien und Lymphoproliferative Erkrankungen“
„Molekulargenetik“

Erläuterungen zu Ziel und Aussagekraft einer genetischen Analyse finden sie in unserem Patienten-informationsblatt!

Patienteneinwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse (gemäß GenDG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen / Ihrem Kind ist eine genetische Untersuchung zur Abklärung der unten genannten Fragestellung / Diagnose geplant. Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und Ihre schriftliche Einwilligung in die Untersuchung.

Bitte lesen Sie den nachfolgenden Text und bestätigen durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung.

Name:

Geb.:

Adresse:

Ich wurde von meinem/r Arzt/Ärztin über Aussagekraft und Konsequenzen der untenstehenden genetischen Untersuchung aufgeklärt und hatte ausreichend Bedenkzeit vor der Einwilligung in die Untersuchung. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift gebe ich für mich / mein Kind die Einwilligung zu der/n genetischen Analyse/n und der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme zur Klärung der aufgeführten Fragestellung / Diagnose:

Im Rahmen einer **Array Diagnostik**, einer NGS-basierten **Multi Gen Panel Sequenzierung** (MGPS) oder Exom Sequenzierung können in seltenen Fällen genetische Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht mit der ursprünglichen Fragestellung zusammenhängen, die aber dennoch eine medizinische Bedeutung haben können (siehe dazu die Erläuterungen in unserem Patienteninformationsblatt).

Ich möchte über Zusatzbefunde informiert werden.

- ja
- nein

Ich bin einverstanden, dass erhobene Daten / Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt und verschlüsselt in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.

- ja
- nein

Das Gendiagnostikgesetz schreibt eine Vernichtung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung vor. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden. Überschüssiges Untersuchungsmaterial könnte bei späteren Untersuchungen in Ihrer Familie als Vergleichsmaterial der Nachprüfbarkeit unserer Ergebnisse dienen und es wird auch für die notwendige Qualitätssicherung von genetischen Analysen im Labor benötigt.

Ich willige in die Aufbewahrung des Probenmaterials für Ergebnisüberprüfung, für zukünftige neue Diagnosemöglichkeiten für die oben genannte Fragestellung und zur Qualitätssicherung ein.

- ja
- nein

Des Weiteren stellt überschüssiges Untersuchungsmaterial eine wichtige Quelle für Forschungs- und Entwicklungsarbeit auf dem Gebiet der medizinisch-genetischen Diagnostik dar.

Ich willige ein, dass das Probenmaterial aufbewahrt und für wissenschaftliche Zwecke oder Lehre verwendet werden kann. Für diese Zwecke wird das Untersuchungsmaterial in einer Weise pseudonymisiert, dass eine nachträgliche Zuordnung zu einer Person durch Dritte ausgeschlossen ist.

- ja
- nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass Ihre patientenbezogenen Daten / die Daten ihres Kindes und alle Ergebnisse / Befunde nach 10 Jahren vernichtet werden. Die Daten sind jedoch oftmals später wichtig für weitere Kinder und Enkelkinder.

Ich willige in die Aufbewahrung meiner Daten und Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus ein, um nachfolgende Untersuchungen in meiner Familie zu ermöglichen.

- ja
- nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Patientin / des Patienten / des gesetzlichen Vertreters

Nur für Privatpatienten

Einverständniserklärung des Patienten zur gemeinsamen Abrechnung nach GOÄ

Ich bin einverstanden mit der Weitergabe von personenbezogenen Gesundheitsdaten (Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen und erbrachte Leistungen) zum Zwecke der gemeinsamen Abrechnung privat- bzw. wahlärztlicher Leistungen und Laborleistungen an die unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17 - 19, 66687 Wadern, kurz unimed, sowie der dortigen Verarbeitung und Speicherung.

unimed ist berechtigt, die Forderung im eigenen Namen geltend zu machen und einzuziehen, registrierte Rechtsdienstleister mit der Geltendmachung überfälliger Forderungen zu beauftragen sowie Bonitätsauskünfte bei Auskunfteien einzuholen.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Die Einwilligung erspart dem Universitätsklinikum Heidelberg erheblichen Mehraufwand bei der Abrechnung erbrachter Leistungen. Die dadurch freiwerdenden Kapazitäten helfen das Leistungsangebot des Klinikums zu verbessern.

Mit Erteilung der Einwilligung in die Datenweitergabe entbinde ich die Mitarbeiter des Universitätsklinikums Heidelberg gegenüber unimed ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Die Mitarbeiter von unimed sind zur Vertraulichkeit im Umgang mit Ihren Daten verpflichtet und unterliegen (auch nach Beendigung ihres Beschäftigungsverhältnisses) der Verschwiegenheitspflicht nach §203 StGB. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter www.unimed.de

Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Nach erteiltem Widerruf dürfen die Daten von unimed nicht weiterverarbeitet werden.

Ich bestätige, die Information zur Datenverarbeitung erhalten zu haben und stimme der Weitergabe meiner Daten an die unimed GmbH zu.

.....
Ort, Datum

.....
**Unterschrift der Patientin / des Patienten/
 des gesetzlichen Vertreters**

.....
Name in Druckbuchstaben