

**Anforderungsformular
Microarray-Diagnostik**Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Tübingen**Zentrum für Diagnostik
Institut für Klinische Genetik**
Dr. med. Hans-Jürgen Pander
Ärztlicher Leiter**MVZ am Klinikum Stuttgart
Fachbereich Humangenetik**Anschrift für Probeneinsendungen:
Postfach 15 02 63
D-70075 StuttgartTel.: +49 (0)711 278-74001
Fax: +49 (0)711 278-74000**Geschlecht:** ☐ weiblich ☐ männlich ☐ unbekannt (z.B. Fet)**Untersuchungsmaterial:** ☐ EDTA-Blut (1ml)
☐ Sonstiges**Entnahmedatum**, (ggf. Uhrzeit): _____

ethnische Herkunft: _____

Schwangerschaft: ☐ ja ☐ nein**Abrechnungsinformation**

- ☐
- ambulant gesetzlich versichert (
- bitte eine Laborüberweisung Muster 10 beifügen**
-)
-
- ☐
- privat versichert
-
- ☐
- stationär
-
- ☐
- Selbstzahler

Einsender (Druckschrift)

Name: _____ ggf. Klinik: _____

Adresse: _____

Tel./Fax: _____

Unterschrift verantwortlicher Arzt nach GenDG: _____

Probeneingang (Datum): _____

Interne Probennummer: _____

Verweis: _____

- ☐
- Die Einverständniserklärung des Patienten für die Durchführung
-
- der Microarray-Diagnostik gemäß GenDG liegt mir vor.

Unterschrift verantwortlicher Arzt gemäß GenDG

Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten (bzw. des gesetzlichen Vertreters) gemäß GenDG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Grenzen der geplanten Microarray-Diagnostik sowie den mit der Probenentnahme verbundenen Risiken gemäß GenDG aufgeklärt worden bin. Unter Kenntnis meines jederzeitigen Widerrufsrechtes erkläre ich nach ausreichender Bedenkzeit mein Einverständnis mit der geplanten Microarray-Diagnostik und der dafür erforderlichen Probenentnahme.

Ich bin einverstanden mit (**Nichtzutreffendes bitte ggf. streichen**):

- **der Speicherung der erhobenen Befunde** in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus;
- **dem Verbleib von überschüssigem Untersuchungsmaterial** nach Abschluss der Analyse zum Zweck der Nachprüfbarkeit, der Qualitätssicherung und ggf. ergänzender Untersuchungen im Labor, welches die Analyse durchgeführt hat;
- **ggf. der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an Kooperationslabore** zur Durchführung weiterführender Diagnostik;
- **der Aufbewahrung und Verwendung** von überschüssigem Untersuchungsmaterial / erhobenen Befunden für wissenschaftliche Zwecke (in anonymisierter Form).

In seltenen Fällen können bei einer Microarray-Diagnostik medizinische Erkenntnisse gewonnen werden (zufällige Befunde), die nicht im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Untersuchungsauftrag stehen.

Über diese Erkenntnisse möchte ich informiert werden

☐ ja ☐ nein

Über diese Erkenntnisse möchte ich nur informiert werden, wenn sich für mich oder meine Verwandten

Möglichkeiten für eine Behandlung ableiten lassen

☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/gesetzlicher Vertreter

Unterschrift verantwortlicher Arzt gemäß GenDG



Name, Vorname, Geb.-Datum:

Angaben zur Untersuchung (bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen, da sonst keine Untersuchung möglich):

(Verdachts-) Diagnose:

Klinische Angaben:

Analysenart: ☐ diagnostisch (Untersuchter betroffen)
☐ prädiktiv (Anlageträgerschaft)
☐ vorgeburtlich

Gibt es genetische Voruntersuchungen in Bezug auf die aktuelle Fragestellung?
(bitte ggf. Befundkopie beilegen) ☐ ja ☐ nein

Wurde bereits eine Chromosomenanalyse durchgeführt?
(bitte ggf. Befundkopie beilegen) ☐ ja ☐ nein

Achtung! Bei gesetzlich versicherten Patienten muss vor Durchführung einer Microarray-Diagnostik eine Chromosomenanalyse erfolgen!
Wir bitten daher ggf. um die zusätzliche Zusendung einer Heparin-Blutprobe mit dem Einsendeformular „Postnatale zytogenetische Diagnostik“.

Familienanamnese:

Gibt es einen Indexpatienten (Betroffenen) in der Familie? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja: Angabe von Verwandtschaftsgrad und Erkrankung

Gibt es Ergebnisse von genetischen Untersuchungen des Indexpatienten ?
(bitte ggf. Befundkopie beilegen) ☐ ja ☐ nein

Liegen zum Indexpatienten keine oder unvollständige Informationen vor, ist eine Begründung für die angeforderte Untersuchung erforderlich (z.B. Wahrscheinlichkeit der Anlageträgerschaft, verbleibendes Lebenszeit-Erkrankungsrisiko):

Für Fragen bzgl. unserer Untersuchungen steht Ihnen zur Verfügung:

Frau Dr. Eveline Fiedler

Tel.: 0711 278-74027

Für folgende weitere Bereiche

- Molekulargenetische Diagnostik
- Pränatale Diagnostik
- Postnatale zytogenetische Diagnostik

schicken wir Ihnen gerne unsere **Anforderungsformulare** zu.

Telefonisch sind wir unter folgender Telefonnummer zu erreichen: 0711 278-74001, Fax: 0711 278-74000

E-Mail: genetik@klinikum-stuttgart.de

Weitere Informationen über unser Leistungsspektrum finden Sie unter: www.klinikum-stuttgart.de/kliniken-institute-zentren/institut-fuer-klinische-genetik