

- Bitte beidseitig ausfüllen -

Bei Rückfragen:
0931 – 353 62 87



Auftragsformular Humangenetisches Labor

Krankenkasse	Privat
Name des Versicherten	Geb.-Datum
Ehegatte / Kind	Geb.-Datum
Straße	
PLZ / Ort	
Überweisender Arzt	
Datum	Stempel / Unterschrift

Medizinische Genetik Dr. Wolfgang Schmitt
Pränataldiagnostik Dr. Reinhard Mai
Dr. Lore Mulfinger
FRAUENÄRZTE

Comp.Nr.:

Brief an Hausarzt gewünscht

Adresse Hausarzt

Chromosomen - Analyse aus

Fruchtwasser Chorionzotten Abortmaterial Nabelschnurblut Venenblut

Entnahmedatum:

SSW (US):

Letzte Regel:

Indikation: Altersrisiko
 Sonstiges

Ethnische Herkunft: kaukasisch sonstige _____

**Bitte achten
Sie auf
Sterilität !!!**

Bitte ca. 15 – 20 ml Fruchtwasser bzw. > 10mg Chorionzotten in die von uns gelieferten Fruchtwasser - / Chorionzotten – Röhrrchen füllen. (Chorionzotten in Medium versenden). Der Versand sollte immer in den von uns gelieferten Röhrrchen und Versandtaschen erfolgen.

Vom Labor auszufüllen:	Lfd.Nr.
Material – Eingangsdatum:	FW – Menge:
PCR – Ergebnis:	Farbe, Zellen:
Karyo – Typ:	Z – Menge:
Besonderheiten:	

Postfach 6324
97013 Würzburg

Juliuspromenade 7
97070 Würzburg

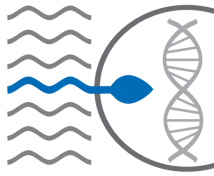
Telefon: 0931 / 32123 – 0
Telefax: 0931 / 32123 – 77

e-mail: kontakt@drs-mai-schmitt-mulfinger.de
Internet: www.drs-mai-schmitt-mulfinger.de

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung

Bitte senden an: (siehe Fußzeile)

Patientendaten (ggf. Aufkleber):



ZENTRUM für
Reproduktionsmedizin
Medizinische Genetik
Pränataldiagnostik
WÜRZBURG

Medizinische Genetik Dr. Wolfgang Schmitt
Pränataldiagnostik Dr. Reinhard Mai
Dr. Lore Mulfinger
FRAUENÄRZTE

Name: Vorname:
geb.: Tel.:
Straße
PLZ Ort

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patienten. Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:

Über die in Frage stehende Erkrankung / Störung / Diagnose: 	
deren genetische Grundlagen, Möglichkeiten der Vorbeugung, Vermeidung, Behandlung sowie Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchungen, einschließlich der mit Blut-/Gewebeentnahme verbundenen Risiken, bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden mir ausreichend beantwortet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse auch an folgende/n mitbehandelnde/n Ärztin/Arzt geschickt werden: Frau/Herrn:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin im Bedarfsfall mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes Untersuchungslabor einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial (z.B. Blut- oder DNA-Probe) nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden. Für spätere genetische Untersuchungen in der Familie ist es wichtig, Vergleichsmaterial zur Verfügung zu haben. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und späterer Untersuchungen in meiner Familie.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Genetische Proben sind auch wichtiges Vergleichsmaterial für die Qualitätssicherung der genetischen Untersuchungen im Labor. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass die Ergebnisse der Untersuchung nach 10 Jahren vernichtet werden. Häufig sind diese Daten aber auch später noch wichtig für Ihre Kinder und Enkelkinder. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke nachfolgender Untersuchungen in meiner Familie.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit und habe eine Kopie erhalten. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genetischen Analyse für o.g. Fragestellung und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme.

Ort / Datum	Unterschrift Patient/in	Unterschrift gesetzlicher Vertreter