

Anforderung einer pränataldiagnostischen Chromosomenanalyse/FISH-Untersuchung

Bitte diesen Begleitzettel mit dem Untersuchungsmaterial einschicken

Zytogenetisches Labor

Prof. Dr. Werner Schempp
Dr. Michael Leipoldt
Tel. 0761/270-70530
E-Mail: werner.schempp@uniklinik-freiburg.de
E-Mail: michael.leipoldt@uniklinik-freiburg.de

Institut für Humangenetik

Breisacher Str. 33
79106 Freiburg
Tel. 0761 / 270-70530
Fax 0761 / 270-70180

AZ-Nr. (Laborintern):

Patientendaten: (ggf. Aufkleber)
Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Wohnort:
Straße:
Klinik/Station:

Einsendender Arzt:
Name: (in Druckbuchstaben/Stempel)
Adresse:
Klinik/Station:
Tel.: Fax:

Ambulant (bitte Überweisungsschein* beifügen)
*ausgestellt auf „Zytogenetische Diagnostik und humangenetische Beurteilung“

Stationär

Privat

Frühere Schwangerschaften Geburten Fehlgeburten

Auffälligkeiten

Eigenanamnese

Familienanamnese

Jetzige Schwangerschaft LP SSW rechn. SSW korrig.

Verlauf

Ultraschall Bip Plaz.lok. KB KHT FW Menge

unauff. auff. wegen

Indikation Alter US auff. AFP/Triple-Test auff.

sonstige

erste AZ Wiederholungs-AZ wegen

Punktion

Fruchtwasser Meng e Ausseh en klar blutig

Gewünschte Untersuchung

- fetale Chromosomenanalyse
- fetale Chromosomenanalyse und Interphase-FISH (sog. pränataler Schnelltest)
- Alpha-Fetoprotein (AFP) aus Fruchtwasser (2. Überweisungsschein mit Auftrag „AFP-Untersuchung“)
- weitere Untersuchung (nachvorheriger Absprache)

Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt

Ohne ausgefüllte Einverständniserklärung kann gemäß GenDG (§8) die Untersuchung nicht durchgeführt werden!

Einwilligungserklärung

für eine prädiktive/pränatale genetische Untersuchung

Patientendaten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Aktenzeichen:

Eine genetische Beratung wurde am von Frau/ Herrn Dr. durchgeführt.

Die allgemeine Information zu genetischen Untersuchungen habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Über die in Frage stehende Erkrankung / Störung / Diagnose :

deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung und Behandlung sowie über Zweck, Art, Umfang, Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut- / Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden.

Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und ggf. weiterführender genetischer Untersuchungen einverstanden.

stimme zu

stimme nicht zu

Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung einverstanden. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung).

stimme zu

stimme nicht zu

Ich bin mit der Verwendung meines Untersuchungsmaterials und der Untersuchungsergebnisse zu wissenschaftlichen Zwecken einverstanden. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung).

stimme zu

stimme nicht zu

Ich bin mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.

stimme zu

stimme nicht zu

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden.

stimme zu

stimme nicht zu

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Labor bin ich einverstanden.

stimme zu

stimme nicht zu

Ich bin damit einverstanden, dass meine Patientenunterlagen im Klinikrechenzentrum fachgerecht archiviert und kurzzeitig externem Dienstleister zur Aufbereitung überlassen werden.

stimme zu

stimme nicht zu

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde auch an folgende/n mitbehandelnde/n Ärztin/Arzt geschickt werden:

Frau/ Herrn Dr.:

Den vorausgehenden Text habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben, meine Fragen zu besprechen und mir wurde eine angemessene Bedenkzeit vor der Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen, und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren. Mir ist bekannt, dass ich die eingeleitete Untersuchung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Untersuchungsproben sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Arzt/Ärztin