

Anforderung zytogenetische Analyse / FISH-Untersuchung pränatal

Probeneinsendung an: Institut für Humangenetik, Breisacher Str. 33, 79106 Freiburg
Für Rückfragen Telefon: +49 (0)761 270-70570

Patientendaten (wenn kein Etikett vorhanden)

Name, Vorname: _____

geb.: _____ Geschlecht: m w

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Krankenkasse: _____

Abrechnungsinformationen

Privatversichert stationär intern* GKV (bitte Ü-Scheine 6 & 10 beifügen)

Selbstzahler* stationär extern*

*Rechnungsadresse unbedingt angeben: _____

Frühere Schwangerschaften

Geburten: _____ Fehlgeburten: _____

Auffälligkeiten: _____

Eigenanamnese: _____

Familienanamnese: _____

Jetzige Schwangerschaft

LP: _____ SSW rech.: _____ SSW korrig.: _____

Verlauf: _____

Ultraschall

KB: unauffällig auffällig, wegen: _____

KHT: unauffällig auffällig, wegen: _____

FW Menge: unauffällig auffällig, wegen: _____

Indikation

Alter US auffällig Triple-Test/Ersttrimester-Screening auffällig

sonstige: _____

erste AZ Wiederholungs-AZ, wegen: _____

Punktion

Fruchtwasser: Menge: _____ Aussehen: 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 Untersuchungen (nach vorheriger Absprache): _____

Einwilligungserklärung für eine prädiktive/pränatale genetische Untersuchung

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. nein ja

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial (Blut- oder DNA-Probe) nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden. 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. nein ja

Genetische Proben sind ein wichtiges Vergleichsmaterial für die Qualitätssicherung genetischer Untersuchungen. Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung einverstanden. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung). nein ja

Genetische Proben und die hieran gewonnenen Befunde können zu wissenschaftlichen Zwecken weiter verwendet werden. Ich bin mit der Verwendung meines Untersuchungsmaterials und der Untersuchungsergebnisse zu wissenschaftlichen Zwecken einverstanden. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung). nein ja

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass die Ergebnisse der Untersuchung nach 10 Jahren vernichtet werden. Häufig sind diese Daten aber auch später für Ihre Angehörigen wichtig. Ich bin mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus einverstanden. nein ja

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

Ich wurde darauf hingewiesen, 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. nein ja

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

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

Ich bitte um Mitteilung aller Zufallsbefunde, die nach aktuellem Wissensstand eine gesundheitliche Bedeutung für mich oder meine Familie haben. nein ja

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.

Datum _____

X

Unterschrift Patient/in
(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

ärztliche Unterschrift und Stempel

Ich handle als Vertreter/in
mit Vertretungsmacht

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

X

Unterschrift Vertreter/in