Formular drucken | Dieses Formular ist am Bildschirm ausfüllbar | Formular zurücksetzen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname, Straße, Wohnort des Versicherten | Geburtsdatum

Kassen-Nummer | Versicherten-Nummer | Status

Betriebsstätten-Nummer | Arzt-Nummer | Datum

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Institut für Humangenetik
Ärztliche Direktorin:
Prof. Dr. med. Dr. Judith Fischer

**Zytogenetisches Labor**
Dr. rer. nat. Michael Leipoldt
Dr. rer. nat. Birgitta Gläser

Breisacher Str. 33
79106 Freiburg
Telefon: 0761 270-70530 / -70210
Telefax: 0761 270-70410
michael.leipoldt@uniklinik-freiburg.de
birgitta.glaeser@uniklinik-freiburg.de
humangenetik.uniklinik-freiburg.de



# Anforderung zytogenetische Analyse (CERF)

## Abrechnungsinformationen

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

* bitte Rechnungsadresse angeben: _____

## Art des Probenmaterials (Heparin-Blut, zur Chromosomen-Analyse)

**Fragestellung:** _____

☐ unerfüllter Kinderwunsch ☐ Abort(e), Totgeburt(en) ☐ Sterilität ☐ ICSI geplant ☐ OAT-Syndrom o. ä.

☐ Sonstiges: _____

ergänzend molekulargenetisch ☐ Azoospermie/ Y. chrom. Mikrodeletionen, *AZF a-c*, **(zusätzlich 5 ml EDTA-Blut)**

ergänzend molekulargenetisch ☐ CBAVD/ Vas deferens-Aplasie, *ΔF508del, R117H, 5T-Allel* **(zusätzlich 5 ml EDTA-Blut)**

Besteht eine Schwangerschaft: ☐ nein ☐ ja, SSW: _____

**Bitte senden Sie das Probenmaterial einschließlich der Anforderungsformulare an:**

Institut für Humangenetik, Zytogenetisches Labor, Breisacher Str. 33, 79106 Freiburg

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

## Einwilligungserklärung gemäß GenDG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Grenzen der geplanten genetischen Untersuchung(en) sowie den mit der Probenentnahme verbundenen Risiken gemäß GenDG aufgeklärt worden bin.

| | |
|---|---|
| Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meines **Untersuchungsmaterials** über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und Qualitätskontrollen einverstanden. | ☐ nein ☐ ja |
| Ich bin mit der Verwendung meines **Untersuchungsmaterials** für Forschungszwecke zu oben genannten **klinischen Fragestellungen** einverstanden.<br>Über relevante **Untersuchungsergebnisse** (ggfls. auch Zusatzbefunde) möchte ich informiert werden. | ☐ nein ☐ ja<br>☐ nein ☐ ja |
| Ich bin mit der Verwendung meines **Untersuchungsmaterials** zu Forschungszwecken einverstanden.<br>Meine Daten werden dabei pseudonymisiert.<br>Ich bin mit der Veröffentlichung meiner **Untersuchungsergebnisse** in anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken einverstanden. | ☐ nein ☐ ja<br>☐ nein ☐ ja |
| In seltenen Fällen werden **Zusatzbefunde** gewonnen, die nicht im Zusammenhang mit der o. g. Fragestellung stehen. Über diese Befunde möchte ich informiert werden. | ☐ nein ☐ ja |
| Ich wünsche die Aufbewahrung meiner **Untersuchungsergebnisse** über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus. Dafür werden die Unterlagen fachgerecht archiviert und kurzzeitig einem externen Dienstleister zur Aufbereitung überlassen. | ☐ nein ☐ ja |
| Meine **Untersuchungsergebnisse** dürfen für die Beratung bzw. 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**. Eine angemessene Bedenkzeit vor der Einwilligung in die o. g. Untersuchung wurde mir eingeräumt.

Einsender Stempel

Datum | Unterschrift Patient/in (bei minderjährigen Patienten: des/der Sorgeberechtigten) | ärztliche Unterschrift / Stempel

Vertreter/in mit Vertretungsmacht

Name, Vorname Vertreter/in (bitte in Druckbuchstaben)

Unterschrift Vertreter/in

Name, Vorname Einsender (bitte in Druckbuchstaben)

60131686 ForManFR / 13.11.2015

Formular drucken | Formular zurücksetzen