

Einsendeschein für molekulargenetische Analyse. Bitte senden an:

Gemeinschaftspraxis für Humangenetik



Dr. med. Andrea Bier
Dr. med. Friedmar R. Kreuz (angestellter Arzt)
Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Krüger
Dr. med. Silke Reif

Gutenbergstraße 5 · 01307 Dresden
Tel. 0351 / 44 66 34 0
Fax 0351 / 44 66 34 15
praxis@medizinische-genetik-dresden.de
www.medizinische-genetik-dresden.de

Fachärzte für Humangenetik

Patientendaten (ggf. Aufkleber): männlich weiblich

Ethnische Herkunft:

Blutsverwandtschaft der Eltern:

unbekannt nein ja

Name, Vorname

Angaben zur Abrechnung:

geb. am

Telefon

ambulant

Krankenkasse:

Bitte weißen Labor-Überweisungsschein Muster 10 **und** gelben Überweisungsschein Muster 06 beilegen!

Straße, Nr.

stationär privat

Rechnung an:

PLZ

Ort

Untersuchungsmaterial (bitte beschriften; Versandmaterial kann bei uns angefordert werden):

EDTA-Blut ml

DNA, Konzentration:ng/µl

sonstiges:

(Verdachts-) Diagnose(n), ggf. Symptomatik / Familienanamnese / Vorbefunde:

(ggf. bitte Kopien beilegen; ggf. Rückseite benutzen)

Angeforderte Untersuchungen:

Einverständnis des Patienten / der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters gemäß GenDG (Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung durch die verantwortliche Ärztin / den verantwortlichen Arzt und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes nach angemessener Bedenkzeit mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt / publiziert werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich zur Validierung von Methoden, für ggf. ergänzende Untersuchungen und für laboranalytische Kontrollmaßnahmen zur Diagnosefindung hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat. Ich möchte über so genannte Zufallsbefunde (Ergebnisse, die sich nicht auf die o. g. Diagnose beziehen) nicht informiert werden. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/
des Patienten bzw. des
gesetzlichen Vertreters

Stempel und Unterschrift des
gemäß GenDG verantwortlichen
einsendenden Arztes