

Auftragsformular Humangenetisches Labor

-bitte beidseitig ausfüllen-



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

Krankenkasse	○ Privat
Name, Vorname Patient/in	Geburtsdatum
Straße	
PLZ / Ort	
Überweisender Arzt (Stempel):	
Datum	Unterschrift Arzt

Comp.-Nr.:

○ Brief an mitbehandelnden Arzt
 (Einwilligung Patient/in auf Rückseite nötig):

Untersuchungsauftrag Chromosomen-Analyse aus: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Fruchtwasser <input type="radio"/> Chorionzotten <input type="radio"/> Nabelschnurblut <input type="radio"/> Abortmaterial <input type="radio"/> Venenblut 	Indikation: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Altersrisiko <input type="radio"/> Sonstiges: _____ _____ _____
Entnahmedatum:	SSW (US):

Material: 15–20 ml Fruchtwasser bzw. >10mg Chorionzotten (in Medium) bzw. 8 ml Heparin-Blut, Versandröhrchen bei uns vorher anfordern, **bitte achten Sie auf Sterilität!**
Versand: in unseren Versandtaschen, ohne Kühlung **Rückfragen unter 0931/353 62 87**

Vom Labor auszufüllen:	Labor-Nr.:
Eingangsdatum:	Menge:
PCR–Schnelltest:	Farbe:
Karyotyp:	
Besonderheiten:	

Postfach 6324	Juliuspromenade 7	Telefon: 0931 / 32123 – 0	e-mail: kontakt@drs-mai-schmitt-mulfinger.de
97013 Würzburg	97070 Würzburg	Telefax: 0931 / 32123 – 77	Internet: www.drs-mai-schmitt-mulfinger.de

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung



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

Name, Vorname Patient/in
Geburtsdatum

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung des Patienten.

Ich wünsche, dass folgende Untersuchung durchgeführt wird:

- pränatale Chromosomenanalyse aus Fruchtwasser/Chorionzotten/Nabelschnurblut/Abortmaterial
- Chromosomenanalyse aus Venenblut
- molekulargenetische Analyse: _____

Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchung, einschließlich der mit Blut-/Gewebeentnahme verbundenen Risiken, bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden mir ausreichend beantwortet. Mir wurden die möglichen Konsequenzen, die sich für mich und mein Kind aus den Ergebnissen der Untersuchung ergeben können, erläutert. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit vor der Einwilligung in die Untersuchung eingeräumt.

Ich bin im Bedarfsfall mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes Untersuchungslabor einverstanden.

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

- Ich wünsche die Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist hinaus.

Das Gendiagnostikgesetz und die Datenschutzgrundverordnung verlangen, dass die Befunde und Ergebnisse der Untersuchung **nach zehn Jahren** vernichtet werden. Mit Ihrer Einwilligung dürfen diese jedoch länger aufbewahrt werden.

- Ich wünsche die Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus.

Alle Angaben und Ergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne meine schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben.

- Ich wünsche die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an folgende mitbehandelnde Ärzte:

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu der o. g. genetischen Analyse und zu der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen.

Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter

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