

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einsender/Arzt/Adresse/Stempel

Barcode (für interne Zwecke)

**Untersuchungsmaterial**

- EDTA-Blut
- DNA

## Präventive genetische Analyse

**Rechnungsempfänger (falls abweichend zu oben)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nummer: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_

**Details zum Kostenträger**

- Bitte Kostenvoranschlag an Patient/in übermitteln und auf Rückmeldung warten.
- Kostenvoranschlag bereits an Patient/in verschickt. Warten auf Rückmeldung.
- Kostenübernahme bereits von Patient/in schriftlich zugesagt. Unterzeichneter Kostenvoranschlag beiliegend.

**Anforderung**

Unser Präventivpanel setzt sich aus den nachfolgenden Modulen zusammen. Bitte wählen Sie die gewünschten Module aus. Es können sowohl alle Erkrankungsbereiche gleichzeitig, als auch nur die einzelnen Module angefordert werden. Sollten sie einzelne der im Stoffwechselmodul gelisteten Indikationen nicht wünschen, bitte streichen.

- Modul 1:** Tumorerkrankungen
- Modul 2:** Herz- und Gefäßerkrankungen
- Modul 3:** Stoffwechselerkrankungen (beinhaltet Gene für Familiäre Hypercholesterinämie, Diabetes Typ MODY, Maligne Hyperthermie (Narkoseunverträglichkeit), Eisen- und Kupferspeichererkrankungen)



Eine genaue Auflistung der in den einzelnen Modulen enthaltenen Gene finden Sie hier: <https://www.medgen-mainz.de/fuer-aerzte-1/diagnostik/praeventivdiagnostik/>

Bitte kontaktieren Sie uns bei Rückfragen: +49 6131 27661-0 oder info@medgen-mainz.de.

Im Vorfeld der Analyse erstellen wir einen Kostenvoranschlag. Gerne können Sie uns hierzu auch vorab kontaktieren.

Für die gezielte Bearbeitung bitten wir Sie, den Anamnesebogen so ausführlich wie möglich auszufüllen und Arztbriefe und Befunde beizulegen.

## Familienanamnese | bekannte (familiäre) Vorerkrankungen

Tritt eine der unten aufgeführten Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie gehäuft auf?

Erkrankung	ja	nein	Art der Erkrankung / Symptome	Erkrankungsalter	Verwandtschaftsgrad
Tumorerkrankungen					
Herz- oder Gefäßerkrankungen					
Erhöhte Eisen- oder Kupferwerte					
Erhöhte Cholesterinwerte					
Narkose-Unverträglichkeit					
Diabetes					

Gibt es weitere Erkrankungen/Symptome bei Ihnen oder in Ihrer Familie?

---



---

## Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) nach Aufklärung durch den/die behandelnde(n) Arzt/Ärztin:

Prädiktive Diagnostik darf gemäß Gendiagnostikgesetz nur durch Fachärzte/innen für Humangenetik beauftragt werden (GenDG, §7,1). Bitte bestätigen Sie als einsendender Arzt mit Ihrer Unterschrift, dass diese Qualifikation gegeben ist:

X

Name in Blockschrift UND Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin

Kontaktnummer bei Rückfragen

Ich wurde durch meine/n o.g. behandelnde/n Arzt/Ärztin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung aufgeklärt. Ich hatte genügend Bedenkzeit und erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis zur Blutentnahme und für die Durchführung der genetischen Untersuchungen entsprechend der oben genannten Anforderung. Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden. Der Untersuchungsauftrag darf bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Mir ist klar, dass die von mir beauftragte Analyse zur Identifikation von genetischen Veränderungen führen kann, die ursächlich für eine klinische Erkrankung sein können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht dokumentiert, verarbeitet und ausgewertet werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mir ist bekannt, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Ich kann jederzeit die Vernichtung der Untersuchungsergebnisse verlangen, solange sie mir noch nicht mitgeteilt wurden. Ab Mitteilung unterliegen sie der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren.		
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke aufbewahrt und genutzt werden und gestatte die Weitergabe im Rahmen wissenschaftlicher Projekte zu diesem Zwecke.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden.		
Ich bin damit einverstanden, dass nach Abschluss der Analyse verbleibendes Probenmaterial und daraus gewonnene Extrakte dem ausführenden Labor übereignet werden und gestatte die Verwendung für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke in pseudonymisierter Form, sowie die Weitergabe im Rahmen wissenschaftlicher Projekte zu diesem Zwecke.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mir ist bekannt, dass ich alle getätigten Einwilligungen jederzeit ganz oder auch in Teilen mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Die hier beauftragte Leistung ist nicht Teil der kassenärztlichen Versorgung, sondern eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL). Mir ist bekannt, dass die oben aufgeführte und von mir gewünschte ärztliche Leistung nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse gehören und die Kosten nicht von der GKV übernommen werden. Ich bin mir bewusst, dass ich die entstehenden Kosten selbst bezahlen muss. Auch wurde ich über den Nutzen und die Risiken aufgeklärt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

X

Ort, Datum

Unterschrift des/r Patienten/-in