

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname	geb. am	
Kostenträgerkennung	Versichertenr.	Status
Betriebsstättennr.	Arztnr.	Datum
Arztstempel		

Versichertenstatus:

Gesetzlich:

- stationär
 § 116 b

Privat:

- ambulant
 stationär
 Wahlleistung

MHH
 Medizinische Hochschule
 Hannover

Institut für Humangenetik

Direktorin
 Prof. Dr. med. Nataliya Di Donato

OE 6300
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover
<https://www.mhh.de/humangenetik>



Untersuchungsauftrag zur molekularzytogenetischen Diagnostik (FISH)

Ansprechpartnerin: Prof. Dr. med. Anke Bergmann, Tel. 0511 – 532 3114, Fax 0511 – 532 4521

Materialannahme: Montag bis Freitag (8 bis 16 Uhr), Samstag (8 bis 12 Uhr),
Untersuchungsmaterial: Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung: Heparin-Blut, ggf. ungefärbte Blutausstriche, Chromosomenpräparate

Versand: möglichst mittels GO! Express innerhalb von 24h (Tel. Nr. 0511 – 515 184 100; Kundennummer: 176036)

Material:

- Heparin-Blut Blut-Ausstriche x _____ sonstiges (nur nach Rücksprache) _____

Datum der Materialentnahme: _____ - Achtung - nicht eindeutig beschriftetes Material müssen wir verwerfen!

Untersuchung:

- FISH (bei auffälligem Befund einer numerischen Aberration erfolgt zusätzlich eine Chromosomenbänderungsanalyse)

- CepX/SRY (unklares Geschlecht)
 Trisomie 13
 Trisomie 18
 Trisomie 21
 Williams-Beuren-Syndrom
 DiGeorge-Syndrom/ Velocardiofaziales-Syndrom
 andere (nur nach Rücksprache Tel. s.o.) _____

Einwilligungserklärung
 nach GenDG umseitig
 ausfüllen!

Hinweis: bei V. a. Prader-Willi-Syndrom/Angelman-Syndrom > bitte Anforderung als Methylierungssensitive MLPA-Analyse über unseren Untersuchungsauftrag „Molekulargenetische Untersuchung bei erblichen Erkrankungen / Stufendiagnostik bei Entwicklungsstörung“

Indikation, Verdachtsdiagnose, klinische Symptome und Dysmorphiezeichen:

Für Rückfragen/Befundmitteilungen bitte Ihre Telefonnummer hier eintragen: _____, ggf. Fax-Nr.: _____

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz - GenDG) vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2529, 3672)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz mit genetischen Untersuchungen entsprechend des zugehörigen Anforderungsscheins / Überweisungsscheins bzw. zur Abklärung folgender Indikation / Erkrankung / Fragestellung einverstanden bin:

(Indikation / Erkrankung / Fragestellung eintragen)

Ferner erkläre ich mich einverstanden mit	Ja	Nein
der Speicherung meiner genetischen Untersuchungsergebnisse in elektronischen Praxis-/Krankenhausinformationssystemen der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) bzw. des Ambulanzentrums der MHH (MVZ) und damit verbundenen Archivierungssystemen . Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Löschung* nicht erfolgen kann (ggf. jedoch eine Unkenntlichmachung) und mit meiner Behandlung befasstes, zugriffsberechtigtes medizinisches Personal meine Untersuchungsergebnisse auch ohne erneute Einholung meiner Einwilligung einsehen kann. *Hinweis: Gemäß §12 GenDG muss das Untersuchungsergebnis spätestens nach 10 Jahren vernichtet werden, außer, wenn durch die Vernichtung schutzwürdige Interessen der betroffenen Person beeinträchtigt würden. Gemäß dem 3. Tätigkeitsbericht der Gendiagnostikkommission am Robert-Koch-Institut ist dies im Regelfall gegeben. Daher erfolgt durch uns keine reguläre Vernichtung der Daten nach 10 Jahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Übermittlung des Befundes vom Labor an eine ärztliche Vertretung des/der aufklärenden Arztes/Ärztin , welche mir den Befund mitteilt, wenn der/die verantwortliche Arzt/Ärztin nicht verfügbar ist (Vertretungsfall) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor bei Bedarf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchungen zur Ergebniskontrolle, Qualitätssicherung und ggf. für neue Diagnostikmöglichkeiten .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Probenmaterial und/oder Befunden für wissenschaftliche Zwecke einschließlich Publikation in pseudonymisierter Form. Dazu überlasse ich das Material / die Daten dem Institut für Humangenetik bzw. der Biobank der MHH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Mitteilung von medizinisch relevanten Zusatzbefunden . Im Rahmen genetischer Analysen können Informationen gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, aber trotzdem von medizinischer Bedeutung für mich oder meine Familie sein können (sogenannte Zusatzbefunde). Ein Anspruch auf Vollständigkeit von Zusatzbefunden oder eine zukünftige Aktualisierung solcher Zusatzbefunde besteht nicht. Bei Minderjährigen erfolgt keine Mitteilung von Zusatzbefunden zu Erkrankungen, die im Erwachsenenalter auftreten. Auch mit einer Mitteilung von entsprechend klinisch relevanten Ergebnissen, die im Rahmen von Forschungsprojekten erhoben werden, bin ich einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Beurteilung von Analyseergebnissen durch weitere spezialisierte ärztliche Mitarbeiter/innen der MHH insbesondere bei komplexen Fragestellungen im Rahmen interdisziplinärer Fallkonferenzen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Verwendung von meinen genetischen Befunden für die Beratung und Untersuchung von weiteren Familienmitgliedern für alle Familienmitglieder nur für folgende Familienmitglieder: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
der Anforderung von Krankenunterlagen, Befunden sowie Gewebeproben (z.B. für diagnostische Untersuchungen) bei Bedarf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an mitbehandelnde Ärzte der MHH/der Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ), den zuweisenden Arzt/Ärztin und an die folgenden Ärzte: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich, dass ich ausreichend über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft sowie mögliche Risiken und psychosoziale Auswirkungen der Untersuchungen aufgeklärt worden bin. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mit einem für die Bearbeitung erforderlichen Austausch personenbezogener und medizinischer Daten zwischen dem Ambulanzzentrum der MHH GmbH und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) bin ich einverstanden. Eine Kopie der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt am Institut für Humangenetik der MHH.

Hinweis für Privatpatienten: Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass durch die MHH Behandlungsdaten und -unterlagen, auch soweit es sich hierbei um besondere personenbezogene Daten i. S. d. § 46 Nr. 13 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) bzw. Art. 4 Nr. 15 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle (unimed, Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Str. 17-19, 66687 Noswendel) ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung gestellt werden. Insoweit entbinde ich die MHH ausdrücklich von Ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit.

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in / ggf. gesetzlicher Vertreter/in

ggf. Unterschrift 2. gesetzlicher Vertreter/in

Datum, Ort

Name der/s Ärztin/Arztes in Druckschrift

Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes