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

Versichertenstatus:

☐ **Ambulant (bitte Überweisungsschein Muster 10 mit Diagnose & Auftrag)**

Ambulanzzentrum der MHH GmbH

Fachbereich Humangenetik
OE 6300
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Angestelltes ärztliches Personal:
Prof. Dr. med. Nataliya Di Donato (Fachbereichsleitung),
Dr. med. Bernd Auber (Stellvertretung)
und Kolleginnen und Kollegen

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-18291-01-00

Untersuchungsauftrag zur molekularzytogenetischen Diagnostik (FISH)

Ansprechpartnerin: **PD Dr. med. Tim Ripperger, PhD 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 <u>einverstanden</u> 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 Ambulanzzentrums 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.	☐	☐
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).**	☐	☐
der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor** bei Bedarf.	☐	☐
der **Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Probenmaterial** nach Abschluss der Untersuchungen zur **Ergebniskontrolle, Qualitätssicherung und ggf. für neue Diagnostikmöglichkeiten**.	☐	☐
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.	☐	☐
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.	☐	☐
der Beurteilung von Analyseergebnissen durch weitere spezialisierte ärztliche Mitarbeiter/innen der MHH insbesondere bei komplexen Fragestellungen im Rahmen **interdisziplinärer Fallkonferenzen**.	☐	☐
der **Verwendung von meinen genetischen Befunden für die Beratung und Untersuchung von weiteren Familienmitgliedern** für		
alle Familienmitglieder	☐	☐
nur für folgende Familienmitglieder: _____	☐	☐
der **Anforderung von Krankenunterlagen, Befunden sowie Gewebeproben (z.B. für diagnostische Untersuchungen)** bei Bedarf.	☐	☐
der **Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an mitbehandelnde Ärzte** der MHH/der Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ)), den zuweisenden Arzt/Ärztin und an die folgenden Ärzte: _____	☐	☐

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**

Ambulanzzentrum der MHH GmbH
Geschäftsführung: Indra Weltner, M. Sc., Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. med. H.-H. Kreipe
SozialBank, IBAN DE24 3702 0500 0009 4960 00, SWIFT/BIC BFSWDE33HAN
Sitz der Gesellschaft: Hannover, Amtsgericht Hannover HRB 202179, USt-IdNr: DE256712359