

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

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Quartal	
Q	J
Geschlecht	
W	M

Abnahmedatum	Abnahmezeit
TTMMJJ	hhmm

<input type="checkbox"/> Befundübermittlung eilt, Nachrichtlich an	Telefon Nr. _____	Fax Nr. _____
--	----------------------	------------------

Diagnose/Verdachtsdiagnose / Befund/Medikation

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Einverständniserklärung zur molekulargenetischen Diagnostik



Die folgenden Angaben sind laut Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik nach §135 Abs. 2 SGB V zwingend erforderlich !

Molekulargenetische Voruntersuchungen: _____

Indexfall: nein ja Vorbefunde: _____

Angabe der Untersuchung: diagnostisch prädiktiv vorgeburtlich

Art des Untersuchungsmaterials: _____ Entnahmedatum: TTMMJJ

Klinische und anamnestische Angaben: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat in Absprache mit Ihnen eine genetische Untersuchung angefordert.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie ausreichend Gelegenheit hatten, mit Ihm über Aussagekraft und mögliche Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung zu sprechen. Dazu gehören sowohl die Kenntnis über den Verlauf einer möglichen Erkrankung als auch die Wahrscheinlichkeit, eine möglicherweise bestehende Erbanlage an ihre Kinder weiterzugeben. Auch Ihre Eltern oder Geschwister können Träger dieser Erbanlage sein. Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Die Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Einverständniserklärung

Den vorausgehenden Text habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ich bestätige, dass ich über Aussagekraft und mögliche Konsequenzen einer genetischen Untersuchung zu meiner Zufriedenheit informiert wurde und dass ich mit der Durchführung der genetischen Untersuchung entsprechend dem aktuellen Auftrag einverstanden bin.

Weiterhin stimme ich der Nutzung meiner pseudonymisierten oder anonymisierten Probe bzw. der meines Kindes für wissenschaftliche Zwecke freiwillig zu. ja nein

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. der / des Erziehungsberechtigten	Unterschrift behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt
------------	---	---