



Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Station: _____

weiblich ☐ männlich ☐

Bei fehlendem Etikett bitte gut leserlich ausfüllen.

Versichertenstatus:

- ☐ Kasse → Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen, Muster 10
- ☐ §116B-Fall → keine Überweisung benötigt
- ☐ Privat → ☐ stationär ☐ ambulant

Einsender (Stempel):

Befundkopie an Telefax:
Befunde UKE intern: MEDICO

Interne Eingangsnummer:

(Nicht ausfüllen)

Untersuchungsmaterial: 2,7 ml Blut EDTA-Monovette (rot)

Thrombophilie

- ☐ F2 (Prothrombin)
☐ F5 (Faktor 5)
☐ MTHFR
☐ ITGB3 (GPIIIa)
☐ PAI-1

Gastroenterologie

- ☐ NOD2
☐ ATP7B
☐ LCT (Lactase)
☐ UGT1A1
☐ HFE
☐ TM6SF2, PNPLA3, HSD17B13, MBOAT7, HNRNPUL1

- ☐ BSEP
☐ SERPINA1

Fettstoffwechsel

- ☐ APO E
☐ APO B

Pharmakogenetik

- ☐ TPMT, NUDT15
☐ DPYD
☐ VKORC1
☐ CYP2C9
☐ CYP2C19
☐ CYP2D6
☐ CYP3A5
☐ CYP3A4
☐ NAT2
☐ UGT1A1
☐ SLCO1B1
☐ ABCB1

mögliche Indikationen

- z.B. Hyperprothrombinämie, Thrombose
z.B. Faktor-V-Leiden Mutation, Thrombose
z.B. Hyperhomocysteinämie, Methotrexat
z.B. immunvermittelte Thrombozytendestruktion
z.B. Spontanabort, Thrombose
- z.B. Morbus Crohn
z.B. Morbus Wilson
z.B. Laktose-Intoleranz, Osteoporose
z.B. Morbus Meulengracht
z.B. Hämochromatose
z.B. MASLD, MASH, MetALD
- z.B. Cholestase
z.B. α -1-Antitrypsin-Mangel
- z.B. Hyperlipoproteinämie (Typ III), Lecanemab
z.B. Apolipoprotein B-Defizienz
- z.B. Azathioprin, 6-Thioguanin, 6-Mercaptopurin
z.B. 5-Fluoruracil (5-FU), Capecitabin, Tegafur
z.B. Cumarine (Marcumar)
z.B. Cumarine (Marcumar), Siponimod
z.B. Clopidogrel, Voriconazol, Mavacamten
z.B. β -Blocker, Antidepressiva
z.B. Tacrolimus, Sirolimus, Ciclosporin, Ivacaftor
z.B. Tacrolimus, Ivacaftor, Darunavir
z.B. Metamizol, Isoniazid, Hydralazin
z.B. Irinotecan, Nilotinib
z.B. Statine (Simvastatin), Methotrexat
z.B. Tacrolimus, Ritonavir, Itraconazol

Diagnose/ Indikation:

Einwilligung für die Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz

Aufgrund der bei Ihnen erhobenen Befunde ist es nach Einschätzung Ihrer behandelnden Ärzte möglich, dass bei Ihnen eine Veränderung oder Variante des Erbguts besteht. Für eine Untersuchung des Erbguts (genetische Untersuchung) ist in der Regel eine Blutprobe erforderlich. Für alle Untersuchungen gilt, dass Sie vor der Untersuchung von einem Arzt über Wesen, Bedeutung und Tragweite der jeweiligen Untersuchung informiert werden müssen (**Aufklärungspflicht**). Sie haben jederzeit Anspruch, sich über das Ergebnis einer genetischen Untersuchung im Rahmen einer genetischen Beratung zu informieren.

Mit Ihrer nachstehenden Unterschrift bestätigen Sie,

- dass Sie von Ihrem behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der oben genannten genetischen Untersuchung aufgeklärt wurden und diese verstanden haben.
- dass Ihnen ausreichend Bedenkzeit vor der Einwilligung in die oben genannte genetische Untersuchung eingeräumt wurde.
- dass Ihnen bekannt ist, dass Sie die Einwilligung in die oben genannte genetische Untersuchung jederzeit (auch mündlich) widerrufen können, die Untersuchung damit abgebrochen und nur der bis zu diesem Zeitpunkt entstandene Aufwand abgerechnet wird.
- dass Sie mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden sind.
- dass Sie ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung erhalten haben.

Wichtiger Hinweis: Das Gendiagnostikgesetz schreibt eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vor. Für Fälle, bei denen eine längere Probenaufbewahrung sinnvoll ist, muss Ihr ausdrückliches Einverständnis vorliegen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit der verschlüsselten¹ Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterer genetischer Untersuchungen zur Diagnosefindung bin ich ☐ **einverstanden** ☐ **nicht einverstanden**.
Mit der verschlüsselten¹ Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials für labor-analytische Qualitätskontrollmaßnahmen/wissenschaftliche Zwecke bin ich ☐ **einverstanden** ☐ **nicht einverstanden**.

¹Das Untersuchungsmaterial wird mit einem eindeutigen Code versehen, dessen Schlüssel separat bei uns aufbewahrt wird.

Datum/Unterschrift Patient(in) bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Datum/Unterschrift verantwortliche(r) Ärztin/Arzt

Hinweis für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt:

Das Gendiagnostikgesetz verlangt **vor** Durchführung einer genetischen Untersuchung eine rechtswirksame **schriftliche Einwilligungserklärung** der Patientin/des Patienten oder der gesetzliche(n) Vertreter/in. Die Aufklärung über die Untersuchung muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Grundsätzlich sollte jede genetische Untersuchung mit dem Angebot einer genetischen Beratung verbunden sein.