

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

HUMANGENETISCHES LABOR



Dr. med.
DAQMAR HUHLE
 Humangenetikerin und Kinderärztin
 Leipziger-Str. 176
 08058 Zwickau
 ☎ (03 75) 28 11 26
 Fax (03 75) 28 11 10
 Praxisanschrift:
 Karl-Liebknecht-Straße 14
 04107 Leipzig
 ☎ (03 41) 99 39 84 91
 Fax (03 41) 99 39 84 92
 www.genetik-praxis.de

Begleitformular für genetische Untersuchung

Geschlecht des Patienten: ☐ weiblich ☐ männlich

Ethnische Herkunft:

Bitte bei Probenentnahme unbedingt auf Sterilität achten!
 Für **Chromosomenuntersuchung** aus Blut **Heparin-Monovetten** von SARSTEDT benutzen! Für Gewebe- bzw. Abortmaterial die von uns gelieferten Röhrchen mit Transport-Medium anfordern!

Vertragsarztstempel
 Unterschrift des überw. Arztes

Pränatale Diagnostik

☐ ACT ☐ Chordocentese ☐ CVS
 durchgeführt am: abdominal
 von Doktor: vaginal
 Menge (FW/Blut, Chorion) Beschaffenheit der Fruchtwasserprobe:
 ml ☐ klar/hell ☐ altblutig ☐ frischblutig
 Besonderheiten

Postnatale Diagnostik

☐ Venenblut
☐ Knochenmark
☐ Abortmaterial
 Haut usw.

Entnahme am:

Anamnese

Klinische Diagnose/
 Symptome/
 Fragestellung/
 Differentialdiagnose

Wievielte Schwangerschaft Schwangerschaftswoche nach I. R. + Tage
 Tag Monat Jahr nach US. + Tage
 1.Tag der letzten Regel Geburten Aborte
 Interruptiones Totgeburten

Untersuchungsauftrag

- ☐ Chromosomenanalyse
☐ Alpha-Fetoprotein
☐ CATCH 22
☐ Molekulargenetische Untersuchung

Als GOÄ-Leistung FISH-Diagnostik

- ☐ Chromosomen 21/13
☐ Chromosomen 21/13 und 18, X, Y

Unterschrift
 der Patientin:.....

Einweisender Arzt:

Unterschrift auf Einverständniserklärung für genetische Untersuchung nicht vergessen!

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

HUMANGENETISCHES LABOR



DR. MED.

DAGMAR HUHLE

Humangenetikerin und Kinderärztin

Leipziger-Str. 176

08058 Zwickau

☎ (03 75) 28 11 26

Fax (03 75) 28 11 10

Praxisanschrift:

Karl-Liebknecht-Straße 14

04107 Leipzig

☎ (03 41) 99 39 84 91

Fax (03 41) 99 39 84 92

www.genetik-praxis.de

Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen nach §§ 8 und 9 Gendiagnostikgesetz

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige (n) ich/ wir/mein/unser Einverständnis mit der geplanten zytogenetischen / molekulargenetischen Diagnostik der in Frage stehenden Erkrankung bei mir/uns/meinem/unserem Kind/ zu erwartenden Kind.

Ich wurde/ wir wurden im Rahmen einer genetischen Beratung über Ziel und Aussagemöglichkeit dieser Untersuchung informiert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Abnahme des Untersuchungsmaterials (Chorion, Fruchtwasser und/oder Blut) und der Durchführung der genetischen Diagnostik einverstanden und habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Das Gendiagnostikgesetz schreibt eine sofortige Vernichtung des Untersuchungsmaterials vor. Mit Ihrer Einwilligung darf das Material aber länger aufbewahrt werden. Ich bin mit der Aufbewahrung der Probe für ergänzende Untersuchungen zur Diagnosefindung einverstanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial darf in pseudonymisierter Form für laborinterne Qualitätssicherung (Kontrollprobe) und für wissenschaftliche Zwecke eingesetzt werden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mit der Weitergabe des Untersuchungsmaterials an ein Kooperationslabor, sofern es für die Diagnostik notwendig wird, bin ich/ sind wir einverstanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mit der Weitergabe der Befunde außer an den überweisenden Arzt bin ich/ sind wir auch mit der Weitergabe der Befunde an Dr..... einverstanden, der mich/ uns bei Abwesenheit des veranlassenden Arztes auch zeitnah über das Untersuchungsergebnis informieren darf	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die korrekte Beschriftung der Entnahmeröhrchen wurde von mir kontrolliert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ort, Datum	Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten