

Patient / Ratsuchender

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Ethnische Herkunft: _____

Untersuchungsmaterial

Blut ____ ml (mind. 3 ml EDTA-Blut) Blutkarten (mind. 10 Spots)

DNA ____ µg (mind. 5 µg DNA, Konz. ≥ 50 ng/µl) DNA-Nr.: _____

Externe ID: _____

Entnahmedatum: _____

Der Versand der Proben per Post in einem Karton oder gepolsterten Umschlag ist problemlos möglich. Die Proben sollten nicht direkter Sonneneinstrahlung ausgesetzt sein. Versandmaterial können Sie unter +49 7071 565 44 55 oder per E-Mail (info@cegat.de) kostenlos anfordern.

Einsender / Klinik

Name: _____

Vorname: _____

Einrichtung: _____

Straße: _____

PLZ/Stadt: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Sofern Sie eine Umsatzsteuer-Identifikationsnummer besitzen, geben Sie diese bitte an.

USt-IdNr.: _____

Rechnung

an Patient an Einsender / Klinik

Einverständniserklärung

Mit dieser Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung für *prädiktive Diagnostik* gemäß GenDG und unter Kenntnis meines Widerrufsrechts mein Einverständnis mit der/den genetischen Analyse(n) und der dafür erforderlichen Probenentnahme.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, ausgewertet, ggf. in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert und der Untersuchungsauftrag oder Teile davon, falls erforderlich, an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass alle erhobenen Daten von der CeGaT GmbH elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und auch (z.B. per E-Mail und per Fax) übermittelt werden.

Im Folgenden wird ein Nichtankreuzen wie „Nein“ gewertet.

Mit der Aufbewahrung von Probenmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit, der Qualitätssicherung bzw. für Ja Nein ergänzende Untersuchungen (für max. 10 Jahre) bin ich einverstanden.

Die Untersuchungsergebnisse sollen über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. Ja Nein

Mit der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial und/oder Befunden für wissenschaftliche Ja Nein Zwecke in anonymisierter Form bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass es sich bei dieser Untersuchung um einen *prädiktiven Test* handelt, durch den ich u. a. Kenntnis über mir bisher unbekannte Krankheitsrisiken erhalten kann. Ich wurde über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Untersuchung sowie über Umfang und Aussagekraft der Ergebnisse aufgeklärt.

Hinweis

Wir behalten uns vor über die zum Einsatz kommende Sequenzier-Technologie individuell zu entscheiden. Wir weisen darauf hin, dass bei Anforderung von NGS-Panel-Diagnostik aus technischen Gründen mehr als die angeforderten Gene sequenziert werden.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Patient / Vertreter (Druckbuchstaben)

Arzt (Druckbuchstaben)

X _____
Patient / Vertreter (Datum, Unterschrift)

X _____
Arzt (Datum, Unterschrift)

Kontakt

Für Rückfragen und Beratung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
Telefon: +49 7071 565 44-55
E-Mail: diagnostic-support@cegat.de



CeGaT ist von der deutschen Akkreditierungsstelle nach DIN EN ISO 15189:2014, dem College of American Pathologists (CAP) sowie CLIA akkreditiert.

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode

Für die gezielte Bearbeitung bitten wir Sie, den Anamnesebogen so ausführlich wie möglich auszufüllen und die Ihnen vorliegenden Arztbriefe und Befunde in Kopie beizulegen.

Familienanamnese | bekannte (familiäre) Vorerkrankungen

Tritt eine der unten genannten Erkrankungen in Ihrer Familie gehäuft auf? Gibt es Familienmitglieder, die sehr früh erkrankt oder daran verstorben sind?

	Nein	Ja	Welche Erkrankung? Diagnose / Symptome	Erkrankungs- alter	Verwandtschaftsgrad zum Patienten (z.B. Mutter)
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herz- oder Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Thrombosen- und Gerinnungs- störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erhöhte Eisen- oder Kupferwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erhöhte Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erhöhter Augeninnen- druck (Grüner Star, Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Narkose- Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Medikamenten- Unverträglichkeiten oder unerwünschte -Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Prädiktive Diagnostik

Prädiktive Diagnostik darf gemäß Gendiagnostikgesetz nur durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Humangenetik oder andere Ärztinnen oder Ärzte, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben, beauftragt werden (GenDG, §7,1).

Bitte bestätigen Sie als einsendender Arzt mit Ihrer Unterschrift, dass diese Qualifikation gegeben ist:

X _____
Arzt (Unterschrift)

Untersuchungsauftrag

- Alle Module des Vorsorgepanels**
- Modul 01: Tumorerkrankungen (35 Gene)**
APC, ATM, BAP1, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, CDH1, CDKN2A, CHEK2, EPCAM, MEN1, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, NBN, NF2, PALB2, PMS2, POLD1, POLE, PTEN, RAD51C, RAD51D, RET, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, SMAD4, STK11, TP53, TSC1, TSC2, VHL
- Modul 02: Herz- und Gefäßerkrankungen (69 Gene)**
ABCC9, ACTA2, ACTC1, ACTN2, ACVRL1, AKAP9, ANK2, BAG3, CACNA1C, CALM1, CALM2, CASQ2, COL3A1, CSRP3, DES, DMD, DSC2, DSG2, DSP, ENG, FBN1, FHL1, FLNC, GJA5, GLA, HCN4, JUP, KCNA5, KCND3, KCNE1, KCNE2, KCNH2, KCNJ2, KCNQ1, LAMP2, LDB3, LMNA, MYBPC3, MYH11, MYH6, MYH7, MYL2, MYL3, MYPN, NKX2-5, PKP2, PLN, PRKAG2, RBM20, RYR2, SCN10A, SCN1B, SCN5A, SLC2A10, SMAD3, SMAD4, TAZ, TGFB2, TGFB3, TGFBR1, TGFBR2, TMEM43, TNNC1, TNNI3, TNNT2, TPM1, TTN, TTR, VCL
- Modul 03: Thrombosen und Gerinnungsstörungen (15 Gene)**
F11, F2, F5, F7, F8, F9, HRG, PROC, PROS1, SERPINC1, SERPIND1, SERPINE1, SERPINF2, THBD, VWF
- Modul 04: Eisen- und Kupferspeicherkrankheiten (6 Gene)**
ATP7B, HAMP, HFE, HFE2, SLC40A1, TFR2
- Modul 05: Hypercholesterinämien (5 Gene)**
APOA2, APOB, LDLR, LDLRAP1, PCSK9
- Modul 06: Glaukom (2 Gene)**
MYOC, OPTN
- Modul 07: Maligne Hyperthermie (2 Gene)**
CACNA1S, RYR1
- Modul 08: Pharmakogenetik (17 Gene)**
BCHE, CYP1A2, CYP2C19, CYP2C9, CYP2D6, CYP3A4, CYP3A5, CYP4F2, DPYD, HLA-A, HLA-B, HLA-C, MTRNR1, SLCO1B1, TPMT, UGT1A1, VKORC1