

Patient*in	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Name, Vorname _____ geb. _____			
Straße _____			
PLZ _____		Ort _____	

# Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



**DIE DRESDNER.**

Institut für Klinische Genetik  
Fetscherstraße 74, Haus 137, Laborbereich  
01307 Dresden, Germany  
Genetische Ambulanz  
Tel.: +49 (0)351 458 2891  
Fax: +49 (0)351 458 4316  
Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

## Anforderung Pränatale Genetische Diagnostik und Einwilligung nach GenDG

Bitte achten Sie auf die Vollständigkeit Ihrer Angaben, da sonst gegebenenfalls keine Bearbeitung erfolgen kann.

Für Postnataldiagnostik bitte „Anforderungsschein Postnatale Diagnostik“ verwenden.

Arzt/Ärztin und Einrichtung (Stempel o. Druckschrift)			
Name, Vorname			
Name der Einrichtung			
Adresse			
Telefon			
Kostenträger	<input type="checkbox"/> Gesetzliche KV Überweisungsschein Nr. 10	<input type="checkbox"/> Hochschulambulanz	<input type="checkbox"/> UKD - stationär
	<input type="checkbox"/> Private KV / Selbstzahler / IGeL	<input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender / Klinik	<input type="checkbox"/> Kostenübernahme
	<input type="checkbox"/> Forschungsbasis nach Absprache	<input type="checkbox"/> § 116 SGB V	

Untersuchungsgrund (Erkrankung / Diagnose / klinische und anamnestische Daten / Art der Untersuchung / Methode)

<p><b>Einwilligung: Gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) willige ich mit meiner Unterschrift ein in die genetischen Untersuchungen zur Klärung der oben genannten Erkrankung / Diagnose und in die Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags</b></p> <p>a) zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>b) für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Nutzung der Untersuchungsergebnisse für Familienmitglieder. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Verwendung des überschüssigen Probenmaterials zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen, sowie Publikation der pseudonymisierten Ergebnisse. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse länger als 10 Jahre. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes Kooperationslabor. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Mitteilung von Informationen über gesundheitsrelevante Zusatzbefunde. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Übermittlung des Untersuchungsbefundes an einen weiterbehandelnden Arzt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Genetische Beratung. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Ich willige ein, dass alle therapeutisch oder prognostisch relevanten Zusatzbefunde mitgeteilt werden. Hinsichtlich der Zusatzbefunde besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.</b></p> <p>Die Befundmitteilung erfolgt grundsätzlich entsprechend des Gendiagnostikgesetzes.</p> <p>Die Befundberichte der Untersuchungen bzw. die Gutachten der Behandlung sollen an mich und außerdem geschickt werden an: die Fachärzte/Fachärztinnen für Humangenetik der Genetischen Ambulanz und</p>		
<p>Name, Vorname, Einrichtung, Ort des überweisenden Arztes / der überweisenden Ärztin sowie weiterer betreuender Ärzte und Ärztinnen</p> <p>Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen. Ich habe eine ausführliche Aufklärung zu den vorgesehenen genetischen Untersuchungen gemäß GenDG erhalten und verstanden. Ich hatte die notwendige Bedenkenzeit. Ich habe eine Kopie der Aufklärung und der Einwilligung erhalten.</p> <p>Alternativ Bestätigung durch aufklärende ärztliche Person: Die Einwilligung des Patienten / der Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters / der gesetzlichen Vertreterin liegt mir vor.</p> <p>Sollten die Fragen unbeantwortet bleiben, wird mit der Unterschrift die Einwilligung des Patienten / der Patientin vorausgesetzt.</p>		
Ort, Datum	Unterschrift Patient*in bzw. gesetzliche/r Vertreter*in	Unterschrift aufklärender Arzt / aufklärende Ärztin
	Vorname, Name Patient*in bzw. gesetzliche/r Vertreter*in in Druckbuchstaben	Vorname, Name aufklärender Arzt / aufklärende Ärztin in Druckbuchstaben



Patient\*in \_\_\_\_\_

**Klinische Angaben und Ergebnisse bisheriger genetischer Untersuchungen**

Datum der letzten Regelblutung: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Datum Ultraschall: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ SSW nach US: \_\_\_\_ + \_\_\_\_ Anzahl der Feten: \_\_\_\_

- Untersuchung erfolgt  auf Wunsch der Patientin (psychische Indikation)  
 wegen auffälligem Erst-Trimester-Screening \_\_\_\_\_  
 wegen auffälligem Ultraschall \_\_\_\_\_  
 wegen mütterlichen Alters > 34 Jahre  
 aufgrund von Auffälligkeiten in vorangegangenen Schwangerschaft(en): \_\_\_\_\_  
 andere Indikation: \_\_\_\_\_

Voruntersuchungen des Patienten / der Patientin in Bezug auf die aktuelle Indikationsstellung

\_\_\_\_\_

Familienanamnese  positiv (bitte Stammbaum beifügen)  negativ

Angabe zu eventuell vorhandenen Indexpatienten / Indexpatientinnen in der Familie, Voruntersuchungen erfolgt?

\_\_\_\_\_

Die Untersuchung ist:  diagnostisch  prädiktiv  auf Anlageträgerschaft

Geschlechtsangabe gewünscht  ja  nein

**Material**

Art des Materials bitte ankreuzen Datum Materialentnahme \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_ : \_\_\_\_

- 20 ml Fruchtwasser nach Amniozentese + 5 ml EDTA – Blut der Mutter  
 10 – 20 mg Chorionzotten nach CVS – Biopsie + 5 ml EDTA – Blut der Mutter  
 1 – 2 ml Nabelschnurblut nach Chordozentese  
 Abortmaterial (nicht tiefgekühlt, steril) + 5 ml EDTA – Blut der Mutter  
 Sonstiges nach Absprache \_\_\_\_\_

**Zytogenetik und Molekulare Zytogenetik (Prof. Dr. med. Evelin Schröck, +49 351 458 15138)**

Zytogenetik

- Chromosomenanalyse

FISH-Diagnostik

- Pränataler Schnelltest (IGeL, Trisomiebestimmung Chr. 13, 18, 21, X, Y)  
 Mikrodeletion 22q11.2, 10p14 (DiGeorge)  
 Weiteres nach Absprache (SKY, FISH mit lokusspezifischen Sonden, etc.): \_\_\_\_\_

**Molekulare Karyotypisierung (Dr. rer. nat. Karl Hackmann, +49 351 458 16861)**

- Array – CGH (molekulare Karyotypisierung mittels Agilent – Chip 2 x 400 k, Auflösung 20 – 25 kb)  
 custom Array – CGH nach Absprache (molekulare Karyotypisierung definierter Chromosomenabschnitte)

**Weitere Anforderung (Dr. rer. nat. Sarah Wölffling, +49 351 458 15138)**

- Anlegen einer Zellkultur für externe Analysen  
 Anlegen einer Zellkultur / DNA / RNA (Zutreffendes bitte unterstreichen) für ggf. weitere Diagnostik  
 Mikrosatellitenanalyse zur Kontaminationskontrolle (IGeL)  
 Weitere Anforderungen nach Absprache: \_\_\_\_\_