

Anforderungsschein Diagnostik Urologie / Andrologie

Bitte zurücksenden an

Universitätsklinikum Münster
Klinik für Medizinische Genetik
Vesaliusweg 12-14
48149 Münster

Medizinisches Versorgungszentrum am
Universitätsklinikum Münster - MVZ
Abteilung für Medizinische Genetik

Molekulargenetisches Labor:
Tel. +49 251 83-55419

Materialannahme: Tel. +49 251 83-55424



Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name _____ Vorname _____
_____ weiblich männlich
geb. am _____
Straße _____
PLZ _____ Ort _____

Kostenübernahme

- gesetzlich versichert, Überweisungsschein Nr. 10 liegt bei**
Humangenetische Leistungen belasten das
Laborbudget des anfordernden Arztes nicht.
- Privatrechnung**
- Rechnung an Krankenhaus**

Anlass zur molekulargenetischen Diagnostik / Fragestellung:

Stammbaum / Vorbefund(e):

Materialentnahme am:

Einsendender Arzt (Stempel oder Druckschrift)

Name: _____ Unterschrift: _____
Klinik: _____
Straße: _____ Telefon: _____
Ort: _____

Entnahme Benötigt werden
5-10 ml **EDTA-Blut** für **molekulargenetische Untersuchungen** (AZF, CAG-Repeats, usw.)
5-10 ml **Li-Heparin-Blut** für **Chromosomenanalysen**
Röhrchen bitte eindeutig beschriften (Name, Vorname, Geburtsdatum).
Versand Per Post möglichst am Wochenanfang,
eine Lagerung der Blutprobe im Kühlschrank (+4°C) ist über Nacht / Wochenende möglich.

Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligung des Patienten vorliegt!

⇒ **bitte wenden**

Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name	Vorname
geb. am	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße	
PLZ	Ort

**Medizinisches
Versorgungszentrum am
Universitätsklinikum
Münster - MVZ**



Abteilung für
Medizinische Genetik



**Materialannahme:
Tel. +49 251 83-55424**

Das **Gendiagnostikgesetz** (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine **ausführliche Aufklärung** und **schriftliche Einwilligung**. Bei vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen ist zusätzlich eine vorausgehende genetische Beratung erforderlich. Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten und verstanden.

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen wegen

- ungewollter Kinderlosigkeit (► Chromosomenanalyse¹)
- V.a. Klinefelter-Syndrom (► Chromosomenanalyse¹)
- quantitativ eingeschränkter Spermienbildung
 - schwere Oligozoospermie (<10 Mill. Spermienzahl, HP:0034818 ► Chromosomen¹- + AZF-Analyse¹)
 - extreme Oligozoospermie (<2 Mill., HP:0034815 ► Chromosomen¹- + AZF-Analyse¹)
 - Kryptozoospermie (HP:0030974 ► Chromosomen¹- + AZF-Analyse¹, Genpanel^{1,2} – Stufendiagnostik)
 - Azoospermie (HP:0000027 ► Chromosomen¹- + AZF-Analyse¹, Genpanel^{1,2} – Stufendiagnostik)
- qualitativ eingeschränkter Spermienbildung
 - hochgradig eingeschränkte Morphologie (Teratozoospermie, inkl. MMAF, HP:0012864 ► Genpanel²)
 - hochgradig eingeschränkte Motilität (Asthenozoospermie, HP:0012207 ► Genpanel²)
- CatSper-Defekt (► MLPA für CATSPER2 + STRC, ggf. Genpanel²)
- Hypogonadotropen Hypogonadismus, inkl. Kallmann-Syndrom (HP:0000044 ► Chromosomenanalyse¹ + Genpanel²)
- Hypogonadismus (HP:0000135 ► Androgenrezeptor CAG-Repeats)
- Sonstige** zur Klärung der Erkrankung / Störung / Diagnose _____

sowie zu der erforderlichen Blutentnahme. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

(¹akkreditierte Analysen, ²Genlisten unter <https://www.ukm.de/kliniken/medizinische-genetik/diagnostik>)

Bitte lesen Sie diese Punkte sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:

Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden – bis zu 10 Jahre.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Auch über die 10 Jahre hinaus.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich **meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann**, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Sollten die oben genannten Fragen unbeantwortet bleiben, wird mit der Unterschrift die Einwilligung des Patienten / der Patientin angenommen.

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters
Ort, Datum	Unterschrift des verantwortlichen Arztes