

# Anforderungsschein Genetische Diagnostik – Tumorzytogenetik

Bitte zurücksenden an:

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

**Medizinisches Versorgungszentrum am**  
**Universitätsklinikum Münster – MVZ**  
**Abteilung für Medizinische Genetik**

Probeneingang: Tel. +49 251 83-55428  
Fax +49 251 83-55393

Tumorzytogenetik: Tel. +49 251 83-53214



## Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
geb. am \_\_\_\_\_  weiblich  männlich  divers  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

## Kostenübernahme

- gesetzlich versichert, Überweisungsschein Nr. 10 liegt bei**  
Humangenetische Leistungen belasten nicht das  
Laborbudget der/des anfordernden Ärzt\*in
- Privatrechnung**
- Rechnung an Krankenhaus** ( §116b)

## Einsendender Arzt (Stempel oder Druckschrift)

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Klinik: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## Materialentnahme am: \_\_\_\_\_ **Bitte prüfen ► Probe(n) korrekt beschriftet?**

- Li-Heparin-Knochenmark  
 Li-Heparin-Blut  
 Lymphknoten, Lokalisation \_\_\_\_\_  
 Anderes \_\_\_\_\_

**Entnahme** Die 2. Portion Knochenmark benutzen, 5-10 ml Knochenmark unter sterilen Bedingungen in einem Verhältnis von 1:10 in eine mit konservierungsfreiem Heparin gefüllte Spritze füllen.

**Versand** Per Eilpost (in geeigneter Probenverpackung)

## Indikation / Diagnose

Verdacht  Gesichert Erstdiagnose Datum: \_\_\_\_\_

Eilige Erstdiagnostik bei AML

Chemotherapie  Nein  Ja  
Strahlentherapie  Nein  Ja  
Transplantation  Nein  Ja geschlechtsdifferent  Nein  Ja

**Auswärtige zytogenetische Vorbefund(e):**  Nein  Ja ► **Bitte Befund beilegen**

## Untersuchungsauftrag (<sup>1</sup>akkreditierte Analyse)

- Chromosomenanalyse<sup>1</sup>  
 Fluoreszenz- in situ-Hybridisierung (FISH)<sup>1</sup>

**Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligung der/des Patient\*in vorliegt!**

► **Bitte wenden**

# Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

## Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 geb. am \_\_\_\_\_  weiblich  männlich  divers  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Münster – MVZ**



**Abteilung für Medizinische Genetik**

Probeneingang:  
 Tel. +49 251 83-55428  
 Fax +49 251 83-55393



Das **Gendiagnostikgesetz (GenDG)** fordert für alle genetischen Analysen eine **Aufklärung und schriftliche Einwilligung** und vor vorgeburtlichen und vorhersagenden (prädiktiven) Analysen eine genetische Beratung.

**Ich wurde über die genetischen Analysen zu \_\_\_\_\_ aufgeklärt und willige in diese ein, inklusive der notwendigen Probenentnahmen (z. B. Blut, Fruchtwasser, Gewebe).**

Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

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

Ich bin mit der <b>Weiterleitung der Analyse</b> bei Bedarf an ein Kooperationslabor einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der <b>Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse</b> über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden. Dann erfolgt die Aufbewahrung für maximal 30 Jahre.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der <b>Aufbewahrung und Verwendung des Untersuchungsmaterials</b> zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja, für 10 Jahre <input type="checkbox"/> Ja, für 30 Jahre	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte eventuell Forschungsprojekte unterstützen und willige ein, dafür erneut kontaktiert zu werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Zufallsbefunde:** Bei umfassenderen genetischen Analysen können je nach Auswertungsstrategie zufällig Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht im Zusammenhang mit der diagnostischen Fragestellung stehen. Die Kenntnis solcher Zufallsbefunde kann medizinisch relevant, aber auch psychologisch belastend sein. Sie kann zudem für zukünftige Lebenssituationen Konsequenzen haben (z. B. beim Abschluss von Versicherungen).

Ich wünsche die Mitteilung von Zufallsbefunden wie folgt:

<b>Medizinisch angehbare Erkrankungen:</b> Die genetische Variante führt zum (wahrscheinlichen) Auftreten einer Erkrankung <b>bei Trägerin/Träger</b> . Die Erkrankung kann durch <b>Vorsorge- oder therapeutische Maßnahmen vermieden oder günstig beeinflusst werden</b> . Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens solcher Zufallsbefunde beträgt bei indikationsbezogener Auswertung maximal 1-2 %. Das Wissen um eine solche Anlageträgerschaft hätte Bedeutung für Ihre medizinische Betreuung (oder die Ihres Kindes).	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

<b>Medizinisch <u>nicht</u> angehbare Erkrankungen:</b> Die genetische Variante führt zum (wahrscheinlichen) Auftreten einer Erkrankung <b>bei Trägerin/Träger</b> . Die Erkrankung kann jedoch <b>nicht</b> durch <b>Vorsorge oder therapeutische Maßnahmen vermieden oder günstig beeinflusst werden</b> . Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens solcher Zufallsbefunde beträgt bei indikationsbezogener Auswertung allenfalls wenige Prozent und variiert je nach diagnostischer Fragestellung. Das Wissen um eine solche Anlageträgerschaft hätte keine Bedeutung für Ihre medizinische Betreuung (oder die Ihres Kindes), könnte aber einen Einfluss auf die Lebensführung und Lebensplanung haben.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

<b>Überträger-Status:</b> Die genetische Variante führt nicht zur Erkrankung bei Trägerin/Träger, kann jedoch <b>zum Auftreten einer Erkrankung unter den Nachkommen</b> (oder verwandten Personen) führen. Die Kenntnis solcher Varianten kann für die Familienplanung von Bedeutung sein. Solche Varianten trägt jeder Mensch, insbesondere solche für autosomal-rezessiv oder X-chromosomal erbliche Erkrankungen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ich kann **meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen**, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich habe das Recht, die Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Bis zur Mitteilung des Ergebnisses kann ich Untersuchungen jederzeit abbrechen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials (einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten) sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin / des Patienten / der (gesetzlichen) Vertretung \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des verantwortlichen Ärzt\*in \_\_\_\_\_