

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Geschlecht des Patienten:

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ unbestimmt

Ethnische Herkunft:

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Stempel

Auftragsnummer

Angeforderte genetische Untersuchung (ggf. Gene/Indikation):

.....

.....

☐ diagnostisch
☐ prädiktiv / keine Symptome
☐ vorgeburtlich¹

¹Auf die Risiken vor allem bei vorgeburtlichen Untersuchungen wird im Zuge der Aufklärung zum Eingriff hingewiesen.

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese Informationen verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.	☐ Ja	☐ Nein
Mir ist bekannt, dass ich sämtliche in diesem Formular erteilten Einwilligungserklärungen, oder einzelne davon, jederzeit mit sofortiger Wirkung schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt, dem Primärlabor oder dem genannten beauftragten Labor widerrufen kann; der Widerrufsempfänger wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich (§ 121 BGB) dokumentieren und den weiteren Beteiligten übermitteln.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag ohne Anonymisierung oder Pseudonymisierung in das MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR, Gerwigstraße 67, 76131 Karlsruhe übermittelt wird und auf demselben Weg an meinen behandelnden Arzt zurückübermittelt wird.	☐ Ja	☐ Nein
Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an folgende Ärzte/Personen geschickt werden (Name & Adresse):	☐ Ja	☐ Nein

Folgende Eingriffe oder Erkrankungen können das Ergebnis einer NIPT-Untersuchung beeinflussen:
(Bitte ankreuzen!)

- ☐ Maligne Erkrankung
- ☐ IVF-Schwangerschaft
- ☐ Organtransplantation
- ☐ Chirurgischer Eingriff
- ☐ Bluttransfusion
- ☐ Immun-/Stammzellentherapie

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. aller gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des/der gemäß GenDG verantwortlichen Arztes/Ärztin

Anforderung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Mutterschafts-Richtlinien

Ich bestätige, dass vorne genannte Patientin gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt wurde. Die Blutprobe stammt von der auf diesem Formular genannten Patientin, sofern die Barcode-Nummern auf Blutröhrchen und Formular übereinstimmen oder die Patientin eindeutig Namen und Geburtsdatum auf Röhrchen und Formular identifizierbar ist. Bei Abrechnung über GKV: NIPT hinsichtlich fetaler Trisomien ist im individuellen Fall indiziert.

Ort, Datum

Unterschrift (Arzt/Ärztin)

Name des/der Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben



MVZ Labor Volkmann
KARLSRUHE

MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR
Gerwigstr. 67 | 76131 Karlsruhe
Tel.: +49 721 85000-0
www.laborvolkmann.de

LIMBACH GRUPPE

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Geschlecht des Patienten:

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ unbestimmt

Ethnische Herkunft:

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Stempel

Auftragsnummer

Angeforderte genetische Untersuchung (ggf. Gene/Indikation):

.....

.....

☐ diagnostisch
☐ prädiktiv / keine Symptome
☐ vorgeburtlich¹

¹Auf die Risiken vor allem bei vorgeburtlichen Untersuchungen wird im Zuge der Aufklärung zum Eingriff hingewiesen.

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese Informationen verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.	☐ Ja	☐ Nein
Mir ist bekannt, dass ich sämtliche in diesem Formular erteilten Einwilligungserklärungen, oder einzelne davon, jederzeit mit sofortiger Wirkung schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt, dem Primärlabor oder dem genannten beauftragten Labor widerrufen kann; der Widerrufsempfänger wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich (§ 121 BGB) dokumentieren und den weiteren Beteiligten übermitteln.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag ohne Anonymisierung oder Pseudonymisierung in das MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR, Gerwigstraße 67, 76131 Karlsruhe übermittelt wird und auf demselben Weg an meinen behandelnden Arzt zurückübermittelt wird.	☐ Ja	☐ Nein
Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an folgende Ärzte/Personen geschickt werden (Name & Adresse):	☐ Ja	☐ Nein

Folgende Eingriffe oder Erkrankungen können das Ergebnis einer NIPT-Untersuchung beeinflussen:
(Bitte ankreuzen!)

☐ Maligne Erkrankung ☐ IVF-Schwangerschaft ☐ Organtransplantation
☐ Chirurgischer Eingriff ☐ Bluttransfusion ☐ Immun-/Stammzellentherapie

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. aller gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des/der gemäß GenDG verantwortlichen Arztes/Ärztin

Anforderung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Mutterschafts-Richtlinien
Ich bestätige, dass vorne genannte Patientin gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt wurde. Die Blutprobe stammt von der auf diesem Formular genannten Patientin, sofern die Barcode-Nummern auf Blutröhrchen und Formular übereinstimmen oder die Patientin eindeutig Namen und Geburtsdatum auf Röhrchen und Formular identifizierbar ist. Bei Abrechnung über GKV: NIPT hinsichtlich fetaler Trisomien ist im individuellen Fall indiziert.

Ort, Datum

Unterschrift (Arzt/Ärztin)

Name des/der Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben