

Krankenkasse des Versicherten

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Geschlecht weiblich männlich divers unbestimmt unbekannt

Anforderungsbogen Pharmakogenetik

Untersuchungsmaterial

EDTA-Blut (Menge: 2-5 ml)



MVZ Humangenetik Ulm
Humangenetik und Labormedizin

Adresse/ Stempel Einsender

Name, Vorname

Adresse

PLZ/ Ort

Kostenträger

- GKV (Laborschein 10 mit Diagnose/ ICD 10) Stationär (Rechnung an Klinik)
 PKV (Kostenübernahmeerklärung erforderlich) ASV-Patient/in
 IGeL (Kostenübernahmeerklärung erforderlich)

Entnahmedatum _____

Indikation – Diagnose/ Verdacht

Anforderung

- BRCA-Keimbahndiagnostik vor Olaparib-Therapie, *BRCA1, BRCA2*
- CYP2C9*-Genotypisierung, vor Siponimod (Mayzent®)-Therapie, (*CYP2C9*: *1, *2, *3)
- CYP2C19*-Genotypisierung, vor Mavacamten (Camzyos®)-Therapie, (*CYP2C19*: *1, *2, *3)
- CYP2D6*-Genotypisierung, Therapieresistenz Tamoxifen, (*CYP2D6*: *1, *3, *4, *5, *6, MxN) (IGeL)**
- Cytochrom P450 Medikamentenunverträglichkeit, Analyse der häufigsten Polymorphismen, (*CYP2D6*: *1, *3, *4, *5, *6, MxN, *CYP2C9*: *1, *2, *3, *CYP2C19*: *1, *2, *3) (IGeL)**
- DPYD*-Genotypisierung, 5-FU-Toxizität, (*DPYD**2A, *DPYD**13, Haplotyp B3, c.2846A>T)
- Statin-Toxizität/Unverträglichkeit, (*SLCO1B1*: c.521T>C p.(Val174Ala)) (IGeL)**
- UGT1A1*-Genotypisierung vor Irinotecan (Campto®)-Therapie, (*UGT1A1**6 und *UGT1A1**28)

** Für IGeL-Analysen muss vor Untersuchungsbeginn eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse bzw. eine private Kostenübernahme erfolgen.

Einwilligung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) und der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern/ Sorgeberechtigte,
nach Vorgabe des GenDG darf die Untersuchung nur mit Ihrer nachfolgenden Einwilligungserklärung durchgeführt werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass

- Sie von Ihrem behandelnden Arzt über Aussage und Konsequenzen der o.g. Untersuchung umfassend aufgeklärt wurden und Sie diese Erklärungen verstanden haben.
- Ihnen bekannt ist, dass Sie Ihre Zustimmung jederzeit widerrufen und die Untersuchung abbrechen können (Recht auf Nichtwissen).
- Sie mit der Entnahme des Probenmaterials für o.g. Untersuchung einverstanden sind.
- Sie mit den Datenschutzbedingungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) einverstanden sind.
- Alle Angaben, die Sie gemacht haben, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) unterliegen und ohne Ihre ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen. Sie können diese Einwilligungserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ich erkläre mich einverstanden mit (keine Auswahl wird als Ja gewertet)

- der Aufbewahrung des Probenmaterials für weiterführende Untersuchungen zur Diagnosefindung, eventuellen Überprüfung der Ergebnisse oder Qualitätskontrolle.
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren.
- der Befundmitteilung an meinen behandelnden Arzt bzw. weitere Ärzte.
- der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern sowie der späteren Weitergabe der Befunde an folgende Familienmitglieder, falls ärztlich wichtig
- der Aufbewahrung, Eintragung und Verwendung des Untersuchungsmaterials und dessen Ergebnisse in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken.

Nein

Ort/ Datum

Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person