

**Anforderungsformular
Postnatale zytogenetische Diagnostik**

 Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Tübingen

**Zentrum für Diagnostik
Institut für Klinische Genetik**
Dr. med. Hans-Jürgen Pander
Ärztlicher Leiter

**MVZ am Klinikum Stuttgart
Fachbereich Humangenetik**

 Anschrift für Probeneinsendungen:
Postfach 15 02 63
D-70075 Stuttgart

 Tel.: +49 (0)711 278-74001
Fax: +49 (0)711 278-74000

Geschlecht: weiblich männlich

Untersuchungsmaterial: Heparin-Blut (mind. 1ml)
 Gewebe
 Sonstiges

Entnahmedatum, (ggf. Uhrzeit): _____

ethnische Herkunft: _____

 Schwangerschaft: ja nein

Abrechnungsinformation

-
- ambulant gesetzlich versichert (
- bitte eine Laborüberweisung Muster 10 beifügen**
-)
-
-
- privat versichert
-
-
- stationär
-
-
- Selbstzahler

Einsender (Druckschrift)

Name: _____ ggf. Klinik: _____

Adresse: _____

Tel./Fax: _____

Unterschrift verantwortlicher Arzt nach GenDG: _____

Probeneingang (Datum): _____

Interne Probennummer: _____

Verweis: _____

-
- Die Einverständniserklärung des Patienten für die Durchführung
-
- der beauftragten genetischen Diagnostik gemäß GenDG liegt mir vor.

Unterschrift verantwortlicher Arzt gemäß GenDG

Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten (bzw. des gesetzlichen Vertreters) gemäß GenDG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Grenzen der geplanten genetischen Untersuchung(en) sowie den mit der Probenentnahme verbundenen Risiken gemäß GenDG aufgeklärt worden bin. Unter Kenntnis meines jederzeitigen Widerrufsrechtes erkläre ich nach ausreichender Bedenkzeit mein Einverständnis mit der / den geplanten genetischen Untersuchung(en) und der dafür erforderlichen Probenentnahme.

 Ich bin einverstanden mit (**Nichtzutreffendes bitte ggf. streichen**):

- **der Speicherung der erhobenen Befunde** in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus;
- **dem Verbleib von überschüssigem Untersuchungsmaterial** nach Abschluss der Analyse zum Zweck der Nachprüfbarkeit, der Qualitätssicherung und ggf. ergänzender Untersuchungen im Labor, welches die Analyse durchgeführt hat;
- **der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an Kooperationslabore** zur Durchführung weiterführender Diagnostik;
- **der Aufbewahrung und Verwendung** von überschüssigem Untersuchungsmaterial / erhobenen Befunden für wissenschaftliche Zwecke (in anonymisierter Form).

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/gesetzlicher Vertreter

Unterschrift verantwortlicher Arzt gemäß GenDG



Name, Vorname, Geb.-Datum:

Angaben zur Untersuchung:

(Verdachts-) Diagnose:

Symptome:

Familienanamnese (ggf. Stammbaum Skizze):

Voruntersuchungen (**bitte Befundkopie beilegen**):

Angeforderte Untersuchungen:

- Chromosomenanalyse (ggf. incl. „PCR / FISH-Schnelltest“)
- Etablierung einer Fibroblastenkultur
- Mikrodeletionsdiagnostik / Mikroduplikationsdiagnostik bzgl.:
(FISH bzw. MLPA)
- DNA-Asservierung
- Sonstiges:

Für Fragen bzgl. unserer Untersuchungen steht Ihnen zur Verfügung:

Herr Dr. Hans-Jürgen Pander Tel.: 0711 278-74001

Für folgende weitere Bereiche

- **Molekulargenetische Diagnostik**
- **Pränatale Diagnostik**
- **Microarray-Diagnostik**

schicken wir Ihnen gerne unsere **Anforderungsformulare** zu.

Telefonisch sind wir unter folgender Telefonnummer zu erreichen: 0711 278-74001, Fax: 0711 278-74000

E-Mail: genetik@klinikum-stuttgart.de

Weitere Informationen über unser Leistungsspektrum finden Sie unter: www.klinikum-stuttgart.de/kliniken-institute-zentren/institut-fuer-klinische-genetik