

**Anforderungsformular  
Microarray-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  unbekannt (z.B. Fet)

**Untersuchungsmaterial:**  EDTA-Blut (1ml)  
 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 Microarray-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 Microarray-Diagnostik 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 geplanten Microarray-Diagnostik 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;
- **ggf. 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).

**In seltenen Fällen können bei einer Microarray-Diagnostik medizinische Erkenntnisse gewonnen werden (zufällige Befunde), die nicht im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Untersuchungsauftrag stehen.**

Über diese Erkenntnisse möchte ich informiert werden

 ja  nein

Über diese Erkenntnisse möchte ich nur informiert werden, wenn sich für mich oder meine Verwandten

Möglichkeiten für eine Behandlung ableiten lassen

 ja  nein

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/gesetzlicher Vertreter

Unterschrift verantwortlicher Arzt gemäß GenDG



Name, Vorname, Geb.-Datum:

Angaben zur Untersuchung (**bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen, da sonst keine Untersuchung möglich**):

(Verdachts-) Diagnose:

Klinische Angaben:

Analysenart:  diagnostisch (Untersuchter betroffen)  
 prädiktiv (Anlageträgerschaft)  
 vorgeburtlich

Gibt es genetische Voruntersuchungen in Bezug auf die aktuelle Fragestellung?  ja  nein  
**(bitte ggf. Befundkopie beilegen)**

Wurde bereits eine Chromosomenanalyse durchgeführt?  ja  nein  
**(bitte ggf. Befundkopie beilegen)**

**Achtung! Bei gesetzlich versicherten Patienten muss vor Durchführung einer Microarray-Diagnostik eine Chromosomenanalyse erfolgen!**  
Wir bitten daher ggf. um die zusätzliche Zusendung einer Heparin-Blutprobe mit dem Einsendeformular „Postnatale zytogenetische Diagnostik“.

Familienanamnese:

Gibt es einen Indexpatienten (Betroffenen) in der Familie?  ja  nein  
Wenn ja: Angabe von Verwandtschaftsgrad und Erkrankung

Gibt es Ergebnisse von genetischen Untersuchungen des Indexpatienten ?  ja  nein  
**(bitte ggf. Befundkopie beilegen)**

Liegen zum Indexpatienten keine oder unvollständige Informationen vor, ist eine Begründung für die angeforderte Untersuchung erforderlich (z.B. Wahrscheinlichkeit der Anlageträgerschaft, verbleibendes Lebenszeit-Erkrankungsrisiko):

**Für Fragen bzgl. unserer Untersuchungen steht Ihnen zur Verfügung:**

Frau Dr. Eveline Fiedler

Tel.: 0711 278-74027

Für folgende weitere Bereiche

- **Molekulargenetische Diagnostik**
- **Pränatale Diagnostik**
- **Postnatale zytogenetische 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](mailto:genetik@klinikum-stuttgart.de)

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