



Sprechstunde

T: +49 (0)7071 29-76408

Molekulargenetisches Labor

T: +49 (0)7071 29-72270

F: +49 (0)7071 29-5172

Cytogenetisches Labor

T: +49(0)7071 29-72270

F: +49 (0)7071 29-4433

www.medgen-tuebingen.de

Institut für Medizinische Genetik
und Angewandte Genomik

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Olaf Rieß

Med. Versorgungszentrum des UKT
Fachgebiet Medizinische Genetik



Von der deutschen Akkreditierungsstelle nach DIN EN ISO 15189:2013 akkreditiertes Labor Die Akkreditierung gilt für den in der Anlage [D ML 13130 04 00 und D ML 13130 07 00] aufgeführten Akkreditierungsumfang

Untersuchungsauftrag

Laboradresse: Institut für Medizinische Genetik und Angewandte Genomik,
Calwerstr. 7, 72076 Tübingen

Versand: EDTA-/Heparin-Blut/Tumormaterial bei Raumtemperatur

Materialannahme: Montag bis Freitag (8:00-16:00 Uhr)

Material: Heparin-Blut ☐
EDTA-Blut ☐
PAXgen ☐
Tumorblock (Patho-Nr.):
Sonstiges:

Untersuchung: Molekulargenetik ☐

Datum der Materialentnahme:

Erstdiagnose ☐ Folgeuntersuchung ☐
Studie:

Chromosomenanalyse ☐ Somat. Tumor-Diagnostik ☐
FISH ☐ DNA-Asservierung ☐

Allgemeine Angaben: ☐ **Untersuchung eilig (ggf. Rücksprache), Begründung:**
☐ pränatal ☐ schwanger

☐ betroffen
☐ gesund, Grund der Testung:
☐ bekannte fam. Veränderung
☐ Anlageträgerschaft bei Partner/-in, Sequenzierung gesamtes Gen
☐ Sonstiges

Abrechnung: ☐ über ext. Klinik ☐ Selektivvertrag ☐ KVB/Post B/Beihilfe ☐ Hochschulambulanz (HSA)
☐ privat ☐ stationär UKT ☐ Modellvorhaben § 64e
☐ Labor Überweisungsschein Muster 10 (MVZ)

Hinweis: Bitte unterschriebene **Einverständniserklärung** beilegen!
Diagnose/Fragestellung:

Arztbrief liegt bei ☐

ggf. ORPHA code:
ICD-10:
HPO-Phänotypen:

Ethnische Herkunft:

Konsanguinität: ☐

Familienanamnese:

Anfordernde(r) Arzt/Ärztin (Stempel), Tel.-Nr. Durchwahl + Fax-Nr.

.....
Unterschrift Arzt / Ärztin

Exom-/Genom-basierte Diagnostik weitere Informationen siehe [Homepage](#)

Next Generation Sequencing (NGS)-Diagnostik

Untersuchungsmaterial: 2 x 2,7 ml EDTA-Blut

Genomsequenzierung²

Trio-Exomsequenzierung^{2,*}

Exomsequenzierung short-read, (Illumina)²

Genom long-read, (ONT)²

Gene, die im Rahmen der NGS-Diagnostik berücksichtigt werden sollen:

*weitere Familienangehörige (beachte Evs 8ff)

Name Mutter:

Geburtsdatum:

Erkrankt:

Name Vater:

Geburtsdatum:

Erkrankt:

sonstige Namen:

Verwandschaftsverhältnis:

Geburtsdatum:

Erkrankt:

Verdachtsdiagnosen mit indikationsbezogener Diagnostik:

Noonan-Syndrom (GOP 11355, 11356)

Ehlers-Danlos-Syndrom, vaskulärer Typ (GOP 11446, 11447)

Lynch-Syndrom, HNPCC (MSI/IHC auffällig, GOP 11431):

MLH1/PMS2

MSH2/MSH6

Marfan-Syndrom und Typ 1-Fibrillinopathien
(GOP 11444, 11445)

Thorakale Aortenerweiterung (GOP 11448)

Lynch-Syndrom, HNPCC (kein Tumormaterial, GOP 11432)

Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom, HBOC (GOP 11440)

Sequenzierung BRCA1/2 zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung ohne V.a. fam. Brust- und

Eierstockkrebs (GOP 11601) in Blut

RNA- Sequenzierung

Expression Variante³:

¹indikationsbezogene Diagnostik; ² ggf. im Kontext der Fragestellung Auswahl von Genen; ³Bei Paxgene ist der Fragebogen RNA-Sheet obligat;

Konventionelle Diagnostik/Repeatanalysen weitere Informationen siehe [Homepage](#)

Untersuchungsmaterial: 2 x 2,7 ml EDTA-Blut

Repeatexpansionen

SCA1, 2, 3, 6, 7, 17 (GOP 11517)⁵ Auswahl möglich, nichtgewünschte Analyse bitte streichen

SCA 27B (*FGF14*) (GOP 11517)^{5,6}

Friedreich-Ataxie (*FXN*) (GOP 11517)⁵

Fragiles-X-Syndrom (*FXTAS/FM21*) (GOP 11360)¹

Chorea Huntington (*HTT*) (GOP 11380)¹

HD-like 2 (*JPH3*)(GOP 11517)⁵

Frontotemporale Demenz / ALS (*C9orf72*)(GOP 11517)⁵

CANVAS (*RFC1*) (GOP 11517)⁵

sonstige Repeats (siehe [Leistungsverzeichnis](#))

Deletions-/Duplikationsanalysen

PMP22

MECP2

Sonstiges

X-Inaktivierung

maternaler Kontaminationsausschluss

mitochondriale DNA

⁵ Untersuchung auf Repeat-Expansion max. 6 Untersuchungen im Krankheitsfall (4 Quartale); ⁶ nicht in der short-read Genomsequenzierung beurteilbar

Testung bekannte Variante/Segregation

Testung bekannte Variante:

Gen:

Referenzbefund (ggf. Name Indexpatient/in / Befund ID):

Einzelgen-Diagnostik weitere Informationen siehe [Homepage](#)

Untersuchungsmaterial: 2 x 2,7 ml EDTA-Blut

Cystische Fibrose (*CFTR*, inkl. MLPA)

Hereditäre Hämochromatose (*HFE*)

Metachromatische Leukodystrophie (*ARSA*)

Morbus Krabbe (*GALC*, inkl. MLPA)

Morbus Gaucher (*GBA*)

Niemann-Pick Typ A/B (*SMPD1*, inkl. MLPA)

Niemann-Pick Typ C (*NPC1, NPC2*, inkl. MLPA)

Irinotecan-Unverträglich (*UGT1A1*)

Retinoblastom (*RB1*)

Neurofibromatose (*NF1*)

Von-Hippel-Lindau-Syndrom (*VHL*)

Li-Fraumeni-Syndrom (*TP53*)

Sonstige Gene siehe [Leistungsverzeichnis](#)

Somatische Tumor-Diagnostik

weitere Informationen siehe Anforderungsschein "[Therapierelevante Onkogenetische Diagnostik](#)"

Untersuchungsmaterial: Tumorgewebe oder 500 ng Tumor-DNA, Normalprobe (5 ml EDTA-Blut oder 500 ng DNA)
Paraffinblöcke: Angabe Patho-Nr., einsendendes Institut

Somatische NGS-Diagnostik

Somatisches Tumorexom, Tumorgewebe bitte anfordern bei Einrichtung:

Untersuchungs-Nr.:

Sequenzierung von RNA aus Tumor zur Bestimmung von Expression und Fusionen (bitte ggf. Tumorprobe beilegen, bei fehlender Tumorprobe fordern wir diese bei der o. g. Pathologie an)

Sequenzierung von zellfreier DNA (keine Routinediagnostik, mit der Bitte um vorherige Kontaktaufnahme)

Cytogenetik und Molekularcytogenetik

Weitere Informationen siehe [Homepage](#).

Untersuchungsmaterial: Chromosomenanalyse/FISH: 2-9 ml Heparinblut (z. B. orange Monovette) - kein EDTA, kein Citrat Bei Gewebeproben sollte auf eine sterile Entnahme geachtet werden und der Transport bei Raumtemperatur (**keine Kühlung!**) in Nährmedium oder physiologischer Kochsalzlösung erfolgen.

Pränatale Diagnostik

Tag der letzten Periode:

Fruchtwasser: ml

Entbindungstermin:

Chorionzotten: mg

Punktionsdatum:

Nabelschnurblut: ml

SSW (US / RE):

Abortgewebe (Placenta, Nabelschnur; Fascie/Muskel/Haut)

Pränataler Schnelltest (IGEL-Leistung bei V.a. Trisomie 13, 18, 21, Monosomie X, gesondertes Antragsformular erforderlich)

Karyotypisierung (konventionelle Chromosomenanalyse)

familiär vorbekannte Chromosomenstörung:

FISH (Fluoreszenz in situ Hybridisierung)

Williams-Beuren-Syndrom | Mikrodel. 7q11.23

Angelman/Prader-Willi-Syndrom | Mikrodel. 15q11.12

DiGeorge-Syndrom | Mikrodel. 22q11.2

Retinoblastom | Mikrodel. 13q14.2

Sonstiges:

Sedimentarchivierung

Information zur Abrechnung

privat Versicherte

Für die Bearbeitung müssen Angaben zur Kostenübernahme vorliegen. Gerne erstellen wir einen **Kostenvoranschlag** basierend auf der GOÄ (Tel. Durchwahl - 72270).

gesetzlich Versicherte

Mit Inkrafttreten des überarbeiteten EBM für den Fachbereich Humangenetik (Kapitel 11) ist der Einsatz von NGS-Analysen auch für gesetzlich Versicherte bei den meisten Indikationen ermöglicht. **Die Kosten der Leistungen nach Kapitel 11 bleiben bei der Ermittlung des praxisindividuellen Fallwertes und somit der Ermittlung des Wirtschaftlichkeitsbonus der überweisenden Ärzte unberücksichtigt.** Die Anforderung erfolgt über den **Überweisungsschein Muster 10**.

Hochschulambulanz

Für gesetzlich versicherte Patienten, die ambulant an einem der Spezialzentren des Zentrums für Seltene Erkrankungen ([ZSE](#)) Tübingen behandelt werden, kann direkt eine umfangreiche Diagnostik angefordert werden (bspw. erweiterte Mutationssuche Seite 2).

Modellvorhaben:

Für gesetzlich und privat versicherte, ambulante und stationäre kritisch kranke Patienten und Patientinnen des Universitätsklinikums Tübingen (ohne Altersbeschränkung), die der Teilnahme schriftlich zustimmen und mit folgenden Indikationen:

1) Seltene Erkrankungen und hereditäre Tumorpredispositionssyndrome:

Short- oder Long-Read- (Trio) Genomanalyse bei Patientinnen und Patienten ohne genetisch gesicherte Diagnose aus den Ambulanzen der A-/B- Fachzentren des Zentrums für Seltene Erkrankungen ([ZSE](#)), sowie für stationäre, kritisch kranke Patienten und Patientinnen. Diese dürfen jeweils in den letzten 24 Monaten keinen Befund zur Exom- oder Genomsequenzierung erhalten haben. Die Integration erfolgt über eine interdisziplinäre Fallkonferenz bestehend aus der überweisenden klinischen Einrichtung, der Medizinischen Genetik und des ZSE

2) Bereich somatische Tumorthherapie:

Exom oder Genom-basierte Analysen von Tumor/Kontrollgewebe bei Patientinnen und Patienten mit progredienten onkologischen Erkrankungen ohne weitere Therapieoptionen als Ausgangsuntersuchung für eine individuelle zielgerichtete Tumorthherapie. Einschluss erfolgt über das Zentrum für Personalisierte Medizin ([ZPM](#)).

PATIENTENETIKETT



**Institut für
Medizinische Genetik und
Angewandte Genomik**
Universitätsklinikum Tübingen

Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. O. Rieß
Calwerstraße 7
72076 Tübingen

MVZ Fachgebiet Medizinische Genetik
Hoppe-Seyler-Straße 3 · 72076 Tübingen

Einwilligung in eine genetische Untersuchung

Klinische Symptomatik, Indikation, ggf. Untersuchungsumfang (z.B. Genom, Chromosomenanalyse, Gen):

Ich wurde darüber informiert, dass für eine genetische Diagnostik die Speicherung personenbezogener und genomischer Daten in zentralen Datenbanken des Universitätsklinikums Tübingen (UKT) und des Instituts für Medizinische Genetik und Angewandte Genomik (IMGAG) erforderlich ist und dass DNA-Varianten in einer öffentlich zugänglichen Datenbank anonymisiert dokumentiert werden können. Ich wurde von meinen behandelnden Ärzten bzw. Ärztinnen in einem persönlichen Gespräch über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der Diagnostik und über die Bedeutung und Tragweite der Untersuchung aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit. Diese Einwilligung kann ich jederzeit vollständig oder in Teilen widerrufen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in der Datenschutzerklärung des Universitätsklinikums Tübingen unter www.medicin.uni-tuebingen.de/de/kontakt/datenschutz.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

- | | |
|---|---|
| • der genetischen Untersuchung des von mir entnommenen Probenmaterials. | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bzw. von Teilen davon an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor (inklusive der für die Fragestellung relevanten Information), falls notwendig. | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus (ohne Anspruch). | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Aufbewahrung von Proben für zusätzliche zweckgebundene Untersuchungen (ohne Anspruch). | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Aufbewahrung und Verwendung von nicht benötigtem Untersuchungsmaterial und erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für: Qualitätssicherung: JA ☐ ; Lehre: JA ☐ ; wissenschaftliche Fragestellungen: JA ☐ | |
| • einer erneuten Kontaktaufnahme | |
| o wenn neue Informationen im Sinne der o.g. Fragestellung vorliegen, die für mich bzw. für die Gesundheit der Familienmitglieder relevant sein können. | JA ☐ NEIN ☐ |
| o für wissenschaftliche Fragestellungen bzw. um über neue Forschungsvorhaben/Studien informiert zu werden. | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Sichtbarmachung meiner genetischen Befunde und Gutachten in meiner zentralen digitalen Patientenakte am Klinikum auch für Ärztinnen und Ärzte anderer Abteilungen des UKT (außerhalb des Instituts für Medizinische Genetik und Angewandte Genomik). | JA ☐ NEIN ☐ |
| • einem fachlichen Datenaustausch mit Kolleginnen und Kollegen verschiedener Fachrichtungen im Sinne einer optimierten Patientenversorgung. | JA ☐ NEIN ☐ |

Umgang mit Zusatzbefunden* (nur bei Patientenaufklärungen unter Mitwirkung von Fachärzten und Fachärztinnen für Humangenetik). Bei fehlender Auswahl werden Zusatzbefunde nicht mitgeteilt.

In seltenen Fällen werden sog. Zusatzbefunde erhoben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen und nach aktuellem Wissensstand dennoch eine gesundheitliche Bedeutung für mich / meine Familie haben.

Ein Anspruch auf Vollständigkeit besteht nicht.

- | | |
|---|---|
| • Ich möchte über Zusatzbefunde informiert werden | JA ☐ NEIN ☐ |
|---|---|

Für Trioanalysen:

- | | |
|--|---|
| • Mitteilung von Zusatzbefunden des Kindes (nur Zusatzbefunde, die im Kindesalter medizinisch relevant sind) | JA ☐ NEIN ☐ |
| • Mitteilung von Zusatzbefunden Mutter | JA ☐ NEIN ☐ |
| • Mitteilung von Zusatzbefunden Vater | JA ☐ NEIN ☐ |

Zufallsbefunde, deren Nichtmitteilung einen Schaden für mich/mein Kind nach sich ziehen würde, werden im ärztlichen Ermessen mitgeteilt.

*Die deutsche GfH empfiehlt in einer Stellungnahme vom 24.10.2023 eine Mitteilung von Zusatzbefunden nur im Rahmen einer genetischen Beratung unter Mitwirkung von Fachärztinnen und Fachärzten für Humangenetik. Eine fachgebundene Genauswahl wird derzeit im Rahmen von Zusatzbefunden nicht angeboten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in; gesetzlich Vertretende**

.....
Unterschrift Arzt/Ärztin

.....
Stempel Arzt/Ärztin

Name in Druckbuchstaben

**** Bei Kindern müssen BEIDE sorgeberechtigten Elternteile einwilligen und unterzeichnen. Falls nicht alle Sorgeberechtigten anwesend sind, muss eine entsprechende Vollmacht vorliegen.**

PATIENTENETIKETT



**Institut für
Medizinische Genetik und
Angewandte Genomik**
Universitätsklinikum Tübingen

Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. O. Rieß
Calwerstraße 7
72076 Tübingen

MVZ Fachgebiet Medizinische Genetik
Hoppe-Seyler-Straße 3 · 72076 Tübingen

Einwilligung in eine genetische Untersuchung

Klinische Symptomatik, Indikation, ggf. Untersuchungsumfang (z.B. Genom, Chromosomenanalyse, Gen):

Ich wurde darüber informiert, dass für eine genetische Diagnostik die Speicherung personenbezogener und genomischer Daten in zentralen Datenbanken des Universitätsklinikums Tübingen (UKT) und des Instituts für Medizinische Genetik und Angewandte Genomik (IMGAG) erforderlich ist und dass DNA-Varianten in einer öffentlich zugänglichen Datenbank anonymisiert dokumentiert werden können. Ich wurde von meinen behandelnden Ärzten bzw. Ärztinnen in einem persönlichen Gespräch über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der Diagnostik und über die Bedeutung und Tragweite der Untersuchung aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit. Diese Einwilligung kann ich jederzeit vollständig oder in Teilen widerrufen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in der Datenschutzerklärung des Universitätsklinikums Tübingen unter www.medicin.uni-tuebingen.de/de/kontakt/datenschutz.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

- | | |
|---|---|
| • der genetischen Untersuchung des von mir entnommenen Probenmaterials. | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bzw. von Teilen davon an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor (inklusive der für die Fragestellung relevanten Information), falls notwendig. | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus (ohne Anspruch). | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Aufbewahrung von Proben für zusätzliche zweckgebundene Untersuchungen (ohne Anspruch). | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Aufbewahrung und Verwendung von nicht benötigtem Untersuchungsmaterial und erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für: Qualitätssicherung: JA ☐ ; Lehre: JA ☐ ; wissenschaftliche Fragestellungen: JA ☐ | |
| • einer erneuten Kontaktaufnahme | |
| o wenn neue Informationen im Sinne der o.g. Fragestellung vorliegen, die für mich bzw. für die Gesundheit der Familienmitglieder relevant sein können. | JA ☐ NEIN ☐ |
| o für wissenschaftliche Fragestellungen bzw. um über neue Forschungsvorhaben/Studien informiert zu werden. | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Sichtbarmachung meiner genetischen Befunde und Gutachten in meiner zentralen digitalen Patientenakte am Klinikum auch für Ärztinnen und Ärzte anderer Abteilungen des UKT (außerhalb des Instituts für Medizinische Genetik und Angewandte Genomik). | JA ☐ NEIN ☐ |
| • einem fachlichen Datenaustausch mit Kolleginnen und Kollegen verschiedener Fachrichtungen im Sinne einer optimierten Patientenversorgung. | JA ☐ NEIN ☐ |

Umgang mit Zusatzbefunden* (nur bei Patientenaufklärungen unter Mitwirkung von Fachärzten und Fachärztinnen für Humangenetik). Bei fehlender Auswahl werden Zusatzbefunde nicht mitgeteilt.

In seltenen Fällen werden sog. Zusatzbefunde erhoben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen und nach aktuellem Wissensstand dennoch eine gesundheitliche Bedeutung für mich / meine Familie haben.

Ein Anspruch auf Vollständigkeit besteht nicht.

- | | |
|---|---|
| • Ich möchte über Zusatzbefunde informiert werden | JA ☐ NEIN ☐ |
|---|---|

Für Trioanalysen:

- | | |
|--|---|
| • Mitteilung von Zusatzbefunden des Kindes (nur Zusatzbefunde, die im Kindesalter medizinisch relevant sind) | JA ☐ NEIN ☐ |
| • Mitteilung von Zusatzbefunden Mutter | JA ☐ NEIN ☐ |
| • Mitteilung von Zusatzbefunden Vater | JA ☐ NEIN ☐ |

Zufallsbefunde, deren Nichtmitteilung einen Schaden für mich/mein Kind nach sich ziehen würde, werden im ärztlichen Ermessen mitgeteilt.

*Die deutsche GfH empfiehlt in einer Stellungnahme vom 24.10.2023 eine Mitteilung von Zusatzbefunden nur im Rahmen einer genetischen Beratung unter Mitwirkung von Fachärztinnen und Fachärzten für Humangenetik. Eine fachgebundene Genauswahl wird derzeit im Rahmen von Zusatzbefunden nicht angeboten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in; gesetzlich Vertretende**

.....
Unterschrift Arzt/Ärztin

.....
Stempel Arzt/Ärztin

Name in Druckbuchstaben

**** Bei Kindern müssen BEIDE sorgeberechtigten Elternteile einwilligen und unterzeichnen. Falls nicht alle Sorgeberechtigten anwesend sind, muss eine entsprechende Vollmacht vorliegen.**

PATIENTENETIKETT



**Institut für
Medizinische Genetik und
Angewandte Genomik**
Universitätsklinikum Tübingen

Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. O. Rieß
Calwerstraße 7
72076 Tübingen

MVZ Fachgebiet Medizinische Genetik
Hoppe-Seyler-Straße 3 · 72076 Tübingen

Einwilligung in eine genetische Untersuchung

Klinische Symptomatik, Indikation, ggf. Untersuchungsumfang (z.B. Genom, Chromosomenanalyse, Gen):

Ich wurde darüber informiert, dass für eine genetische Diagnostik die Speicherung personenbezogener und genomischer Daten in zentralen Datenbanken des Universitätsklinikums Tübingen (UKT) und des Instituts für Medizinische Genetik und Angewandte Genomik (IMGAG) erforderlich ist und dass DNA-Varianten in einer öffentlich zugänglichen Datenbank anonymisiert dokumentiert werden können. Ich wurde von meinen behandelnden Ärzten bzw. Ärztinnen in einem persönlichen Gespräch über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der Diagnostik und über die Bedeutung und Tragweite der Untersuchung aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit. Diese Einwilligung kann ich jederzeit vollständig oder in Teilen widerrufen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in der Datenschutzerklärung des Universitätsklinikums Tübingen unter www.medicin.uni-tuebingen.de/de/kontakt/datenschutz.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

- | | |
|---|---|
| • der genetischen Untersuchung des von mir entnommenen Probenmaterials. | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bzw. von Teilen davon an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor (inklusive der für die Fragestellung relevanten Information), falls notwendig. | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus (ohne Anspruch). | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Aufbewahrung von Proben für zusätzliche zweckgebundene Untersuchungen (ohne Anspruch). | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Aufbewahrung und Verwendung von nicht benötigtem Untersuchungsmaterial und erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für: Qualitätssicherung: JA ☐ ; Lehre: JA ☐ ; wissenschaftliche Fragestellungen: JA ☐ | |
| • einer erneuten Kontaktaufnahme | |
| o wenn neue Informationen im Sinne der o.g. Fragestellung vorliegen, die für mich bzw. für die Gesundheit der Familienmitglieder relevant sein können. | JA ☐ NEIN ☐ |
| o für wissenschaftliche Fragestellungen bzw. um über neue Forschungsvorhaben/Studien informiert zu werden. | JA ☐ NEIN ☐ |
| • der Sichtbarmachung meiner genetischen Befunde und Gutachten in meiner zentralen digitalen Patientenakte am Klinikum auch für Ärztinnen und Ärzte anderer Abteilungen des UKT (außerhalb des Instituts für Medizinische Genetik und Angewandte Genomik). | JA ☐ NEIN ☐ |
| • einem fachlichen Datenaustausch mit Kolleginnen und Kollegen verschiedener Fachrichtungen im Sinne einer optimierten Patientenversorgung. | JA ☐ NEIN ☐ |

Umgang mit Zusatzbefunden* (nur bei Patientenaufklärungen unter Mitwirkung von Fachärzten und Fachärztinnen für Humangenetik). Bei fehlender Auswahl werden Zusatzbefunde nicht mitgeteilt.

In seltenen Fällen werden sog. Zusatzbefunde erhoben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen und nach aktuellem Wissensstand dennoch eine gesundheitliche Bedeutung für mich / meine Familie haben.

Ein Anspruch auf Vollständigkeit besteht nicht.

- | | |
|---|---|
| • Ich möchte über Zusatzbefunde informiert werden | JA ☐ NEIN ☐ |
|---|---|

Für Trioanalysen:

- | | |
|--|---|
| • Mitteilung von Zusatzbefunden des Kindes (nur Zusatzbefunde, die im Kindesalter medizinisch relevant sind) | JA ☐ NEIN ☐ |
| • Mitteilung von Zusatzbefunden Mutter | JA ☐ NEIN ☐ |
| • Mitteilung von Zusatzbefunden Vater | JA ☐ NEIN ☐ |

Zufallsbefunde, deren Nichtmitteilung einen Schaden für mich/mein Kind nach sich ziehen würde, werden im ärztlichen Ermessen mitgeteilt.

*Die deutsche GfH empfiehlt in einer Stellungnahme vom 24.10.2023 eine Mitteilung von Zusatzbefunden nur im Rahmen einer genetischen Beratung unter Mitwirkung von Fachärztinnen und Fachärzten für Humangenetik. Eine fachgebundene Genauswahl wird derzeit im Rahmen von Zusatzbefunden nicht angeboten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in; gesetzlich Vertretende**

.....
Unterschrift Arzt/Ärztin

.....
Stempel Arzt/Ärztin

Name in Druckbuchstaben

**** Bei Kindern müssen BEIDE sorgeberechtigten Elternteile einwilligen und unterzeichnen. Falls nicht alle Sorgeberechtigten anwesend sind, muss eine entsprechende Vollmacht vorliegen.**