

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassennr.	Versichertenr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

stationär
 § 116

ambulat stationär

Barcode Humangenetik

Arztstempel und Unterschrift



Institut für Humangenetik, OE 6300
Direktorin Prof. Dr. med. Brigitte Schlegelberger
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
www.mh-hannover.de/humangenetik.html

Auftrag zur postnatalen Chromosomenuntersuchung

Ansprechpartner: PD Dr. med. habil. A.K. Bergmann 0511 532-4526 Eingangslabor 0511 532-3114 Fax: 0511 532-4521

Material:

Heparinblut (2-8 ml, z.B. Li-Heparin Monovette) anderes: _____ Entnahmedatum: _____

Bitte beachten sie: Blutproben sollten möglichst frisch am Montag, Dienstag oder Freitag im Institut eintreffen.

Gerinnungshemmer für Blut ausschließlich Heparin

Patienteneltern: Geburtsjahr Mutter _____ Vater _____

Familienanamnese:

Verdachtsdiagnose:

Klinischer Befund: Gewicht: _____ g Länge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm
Werte bei Geburt: Gewicht: _____ g Länge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Klinische Beobachtungen

Zusätzlich angeforderte Untersuchungen: _____

Einverständnis des Patienten/der Patientin/des (gesetzl.) Vertreters (gem. GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung)

– bzw. ggf. Kopie einer gem. GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme. **Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden.** Sie können ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial überlasse ich hiermit dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat, für Laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen, Lehre oder wissenschaftliche Zwecke. Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. (Nichtzutreffendes bitte streichen). Gegebenenfalls bestätigt die laut GenDG verantwortliche ärztliche Person mit ihrer Unterschrift, dass ihr die Einverständniserklärung vorliegt.

.(Eine Kopie dieses Auftrags habe ich ggf. erhalten)

X

X

X

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

Name in Druckschrift und
Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes