

Einsender/in

verantwortliche/r Ärztin/Arzt (Stempel):

Patient/in

weiblich  männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl

Ort

Kostenträger/in

gesetzlich versichert (Überweisungsschein Muster 10)  privat versichert  Rechnung an Klinik  Selbstzahler/in (IGeL)

Indikation

Die Indikationsstellung und die Voruntersuchungen sind Grundlage für die molekulargenetische Untersuchung. Bitte beachten Sie unbedingt die Rückseite!

**Aufklärung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung**

Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung (ggf. in einem externen Speziallabor)

wurde ich hinreichend informiert und aufgeklärt.

- Die gewonnene Probe wird grundsätzlich nach Abschluss der Diagnostik vernichtet (Gendiagnostikgesetz §13).
- Die Ergebnisse sollen über die 10-Jahresfrist hinaus aufbewahrt werden.
- Bei Bedarf dürfen diese Ergebnisse meiner Untersuchung für die Beratung und Untersuchung meiner Verwandten genutzt werden.

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_

hat meine Fragen ausführlich beantwortet, ich habe keine weiteren Fragen.

Über die Ergebnisse sollen folgende Personen einen schriftlichen Befund erhalten:

ich selbst  Ja  Nein

behandelnde Ärzte:

**Einwilligung der Patientin/des Patienten**

Ich hatte nach der Aufklärung eine angemessene Bedenkzeit.

Ich willige in die oben genannten Untersuchungen ein.  Ja  Nein

Über den Umfang der genetischen Untersuchung bin ich unterrichtet und stimme zu.

Bei genetischen Untersuchungen (z.B. Exom) können Merkmale gefunden werden, die nicht mit der ursprünglichen Fragestellung verbunden sind, aber für Prophylaxe oder Therapie relevant sein können. Solche Zusatzbefunde sollen mitgeteilt werden.  Ja  Nein

Aufbewahrung des Materials für die Qualitätssicherung bzw. für neue Diagnosemöglichkeiten  Ja  Nein

Bei unauffälligen Befunden verzichte ich auf eine erneute genetische Beratung.  Ja  Nein

Für Auswertungen und wissenschaftliche Veröffentlichungen können Material und Ergebnisse in anonymer Form genutzt werden.  Ja  Nein

Ich habe das Recht diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Ich habe keine weiteren Fragen.  Ja  Nein

Ich verzichte auf eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.  Ja  Nein

| Datum | Unterschrift der Patientin/des Patienten/des gesetzlichen Vertreters | Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt |
|-------|--|--|
|       | X  | X  |



**Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH**

Priv.-Doz. Dr. med. Moneef Shoukier  
Dr. med. Cornelia Daumer-Haas  
Daniela Liebrecht  
Dr. med. Franziska Reschke  
Priv.-Doz. Dr. Shoko Komatsuzaki

Dr. med. Anne Janke  
Dr. med. Daniela Bayer  
Priv.-Doz. Dr. med. Julia Jückstock  
Dr. med. Armin Hauer

**Friends Tower I**

Friedenheimer Brücke 19  
80639 München  
Humangenetik und  
Pränatal-Medizin  
T: +49 89 130744-0  
F: +49 89 130744-99

**Aiblingerstraße 8**

80639 München  
Humangenetik und  
Pränatal-Medizin

**Lochhamer Straße 15**

82152 Planegg  
NIPT T: +49 89 23237356-550 / F: -90  
Molekulare Genetik T: +49 89 130744-22  
Zytogenetik T: +49 89 130744-55  
**Probeneinsendung**

**Humangenetik in Augsburg**

Viktoriastraße 3b  
86150 Augsburg  
T: +49 821 7898-5042  
F: +49 821 7898-5001  
humangenetik-in-augsburg@  
ctde.eurofinseu.com

praenatalmedizin@ctde.eurofinseu.com  
www.eurofins-clinical.de/humangenetik  
www.eurofins-clinical.de/pranatal-medizin

Geschäftsführer: Dr. Florian Vogel, Maja Herberg, HRB 253626, Amtsgericht München  
\* Die Akkreditierung bezieht sich auf den Laborstandort Planegg

## Art der Probe:

- EDTA-Blut  
Datum der Blutentnahme:
- Wangenschleimhaut
- DNA

## Patient/in

 weiblich  männlich

 Nachname

 Vorname

 Geburtsdatum

## Angeforderte molekulargenetische Untersuchung (Multi-Gen-Panel-Analyse)\*

 Augenerkrankungen – Gesamtpanel

## Posteriore Augenerkrankungen

- RPE65 (Zur Abklärung einer Therapieoption mit Luxturna®)
- Netzhautdystrophie (Retinopathie)
- Lebersche hereditäre Optikusneuropathie (LHON)
- Alström-Syndrom
- Bardet-Biedl-Syndrom
- Bestrophinopathie
- Familiäre exsudative (Vitreo)Retinopathie (FEVR)
- Lebersche kongenitale Amaurose (LCA)
- Makuladegeneration
- Morbus Stargardt
- Optikusatrophie (inkl. LHON)
- Retinitis Pigmentosa
- Septo-optische Dysplasie
- Stickler-Syndrom
- Usher-Syndrom
- Zapfen-Stäbchen-Dystrophie

## Extraokuläre Augenentwicklungsstörungen

- Chronisch-progressive externe Ophthalmoplegie (CPEO)
- Duane Syndrom
- Kongenitale Fibrose der äußeren Augenmuskeln (CFEOM)
- Möbius-Syndrom
- Nystagmus
- Okulofaziale Parese
- Okulomotorische Apraxie
- Ptosis

## Anteriore Augenerkrankungen

- Aniridie
- Astigmatismus
- Axenfeld-Rieger-Syndrom
- Glaukom (grüner Star)
- Hornhautdystrophie
- Katarakt (grauer Star)
- Linsenluxation
- Peters Anomalie
- Peters-Plus-Syndrom (PPS)
- Vorderkammerfehlbildungen

## Augenfehlbildungen

- Anophthalmie
- Blepharophimose(-Ptosis-Epicanthus inversus-Syndrom)
- Kolobom
- Kryptophthalmus
- Mikrophthalmie
- Nanophthalmie

## Weitere Augenerkrankungen

- Achromatopsie
- Kongenitale stationäre Nachtblindheit
- Leukokorie
- Marfan-Syndrom
- Myopie
- Okulärer/okulokutaner Albinismus
- Pseudoxanthoma elasticum
- Retinoblastom
- Von-Hippel-Lindau-Syndrom (VHL)

Kontaktieren Sie uns gerne, sollte die gewünschte Untersuchung nicht in der Liste enthalten sein.

Telefon +49 89 130744-0 oder  
humangenetik@ctde.eurofinseu.com

Die hier exemplarisch aufgeführten Gen-Panels sind nur ein Auszug aus der Parameterliste.

Eine vollständige Liste der Gen-Panels, die in unserem Labor untersucht werden können, finden Sie unter  
<https://eurofins-clinical.de/leistungsverzeichnis-humangenetik>