

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.

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

Ja Nein

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
 Dr. med. Dennis Witt M.Sc., B.Sc.

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/praenatal-medizin

Geschäftsführer: Dr. Florian Vogel, Roel de Nobel (Sprecher der Geschäftsführung), 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>