

**MEDIZINISCHE FAKULTÄT  
HUMANGENETIK**

Gebäude MA5/142  
Universitätsstr. 150, 44801 Bochum

**PROF. DR. MED. JÖRG T. EPPLEN**

Dr. med. S. Wiczorek  
Fon +49 (0)234 32-25600  
Fax +49 (0)234 32-14196  
stefan.wiczorek@rub.de  
www.rub.de/mhg

**Einverständniserklärung zur umseitig angeforderten genetischen Diagnostik**

1) Mit meiner umseitigen Unterschrift erkläre ich mich nach ausreichender Bedenkzeit damit einverstanden, dass mir / meinem Kind / der von mir betreuten Person

.....  
(Name und Geburtsdatum in Druckschrift)

entnommenes Blut (Gewebe) auf genetische Veränderungen zur Abklärung des umseitig genannten Krankheitsbilds / genetischen Risikos untersucht wird. Ebenso erkläre ich, dass ich über die Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten Untersuchungen sowie über die Konsequenzen, die sich aus dem Befund ergeben, aufgeklärt worden bin. Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren. Über die Möglichkeit einer genetischen Beratung wurde ich informiert.

2) Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass sich, insbesondere bei der *Array*-Untersuchung, Befunde ergeben können, die nicht mit der eigentlichen Fragestellung in Zusammenhang stehen. Ich möchte über derartige Zufallsbefunde informiert werden:

- Nein**
- Nur, wenn sich daraus eine therapeutische oder vorbeugende Konsequenz für mich oder meine Nachkommen bzw. Angehörigen ergibt**
- Ja**

3) Ich bin mit der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und für eventuelle Zusatzuntersuchungen (auch wissenschaftlicher Art) ohne zeitliche Befristung einverstanden (laut Gendiagnostik-Gesetz (GenDG) muss die Probe sonst nach Beendigung der Untersuchung vernichtet werden).

4) Meine Angaben und die Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung, auf meine Anforderung hin, an andere Personen (Familienangehörige oder weitere behandelnde Ärzte) weitergegeben. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchungen in Papierform sowie in elektronischer Form über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren hinaus gespeichert/aufbewahrt (z.B. für Familienuntersuchungen) und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden dürfen.

Diese Einwilligungserklärung ist jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise widerrufbar, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Nicht zutreffende Passagen können gestrichen werden.

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versichertennummer			Status		
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

## Begutachtungsauftrag Postnatale Zytogenetik

**Versand an:** Ruhr-Universität  
**Absender:** Humangenetik  
 Dr. med. Wieczorek  
 MA5/135  
 Universitätsstr. 150  
 44801 Bochum

**Blutentnahme** am: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.201\_\_ **Klinische Diagnose:** .....

um: \_\_\_\_h\_\_\_\_min .....

**Geschlecht:**  weiblich **Familienanamnese:** .....

männlich .....

**Symptomatik:** .....

.....

**Ergänzende Informationen zum klinischen Bild:**

**Kopf/Fazies:** innere Organe/Genitale:

**Rumpf:** Extremitäten:

**Sonstiges:**

Hiermit beauftragen wir die Humangenetik der RUB mit der u.g. Diagnostik (inkl. Gutachten):

- Chromosomenuntersuchung<sup>#</sup>** (Karyotypisierung, **Heparin-Blut**)
- molekulare Zytogenetik<sup>#</sup>** (FISH, **Heparin-Blut**):
  - Aneuploidie-FISH-Tests:  Trisomie 13  Trisomie 18  Trisomie 21 (Down-Syndrom)
  - X-/Y Chromosomen (Turner-, Klinefelter-Syndrom u.a.)
  - X/Y-chromosomaler Kleinwuchs (Deletionen des *SHOX*-Gen)
  - DiGeorge-Syndrom / Shprintzen-Syndrom / CATCH 22/ VCFS
  - Miller-Dieker-Syndrom  Williams-Beuren-Syndrom
  - Smith-Magenis-Syndrom  Cri du Chat-Syndrom
  - Wolf-Hirschhorn-Syndrom  Andere (nur nach Rücksprache): .....

**Array-Analyse** (Affymetrix SNP Array 6.0, **EDTA-Blut**) - Bitte unbedingt Punkt 2) auf der Vorderseite ausfüllen



# akkreditiertes Untersuchungsverfahren nach DIN EN ISO15189:2007

**Einverständniserklärung:** Ich wurde gemäß GenDG aufgeklärt. Die Erläuterungen auf der Vorderseite habe ich verstanden und bin mit der o.g. Untersuchung einverstanden. Nicht zutreffende Passagen sind gestrichen.

.....

**Ort, Datum** **Name und Unterschrift**

**Abrechnung über:**  anfordernde Klinik  Privat (bitte Rechnungsadresse angeben)  Überweisungsschein **Muster 10**

..... / .....

**Ort, Datum** **Name und Unterschrift des einsendenden Arztes** **Telefon** **/ Fax**

**Hinweise zur Blutrobe:** Außer für die **Array-Analyse (EDTA-Blut)** bitte unbedingt Heparin-Blut einsenden!  
 Menge: 5ml bei Erwachsenen/älteren Kindern, 2 ml bei Neugeborenen. Versand wenn möglich am Abnahmetag.  
 Lagerung bis zum Versand im Kühlschrank, nicht einfrieren! Versand bevorzugt montags bis mittwochs.