



Anforderungsschein Kardiogenetik

Angaben zur Patientin / Patienten

Entnahme am: _____

Name _____

Vorname _____

Geb.Datum _____

Adresse _____

Geschlecht weiblich männlich divers

Ethnische Herkunft _____

Einsender Klinik/Station/Ambulanz/Arzt/Telefon/Fax

- Stempel -

Indikation

ggf. Stammbaum // Beschreibung der Symptomatik // Angaben zur Schwangerschaft (SSW) // ggf. Vorbefunde in Kopie beilegen

Kostenübernahme Kasse ambulant Privat ambulant Privat stationär Selbstzahler
Ü-Schein!

Ich habe bei meiner Krankenkasse die Kostenübernahme geklärt. Datum: _____ Unterschrift: _____

Gewünschte Untersuchung (bitte ankreuzen)

Multi Gen Panel Kardiomyopathie-assoziierte Gene:

Umfasst ein vollständiges Variantenscreening der Core-Gene für Kardiomyopathien inkl. Ionenkanalerkrankungen:
ACTC1,ACTN2,ALPK3,BAG3,CRYAB,CSRP3,DES,DMD,DSC2,DSG2,DSP,FLNC,GLA,HCN4,HRAS,JPH2,JUP,KRAS,
LAMP2,LDB3,LMNA,MIB1,MYBPC3,MYH7,MYL2,MYL3,MYPN,NEXN,PKP2,PLN,PRDM16,PRKAG2,PTPN11,RAF1,RBM20,
RZR2,SCN5A,SHOC2,TAZ,TMEM43,TNNC1,TNNI3,TNNT2,TPM1,TTN,TTR,VCL

Ein Variantenscreening der erweiterten Gene für Kardiomyopathien inkl. Ionenkanalerkrankungen erfolgt nur auf gezielte
Veranlassung hin (siehe Indikation):

ABCC9,ADRB3,AKAP9,ANK2,ARFGEF2,ATP2A2,CACNA1C,CACNA2D1,CACNB2,CALM1,CALM2,CALM3,CASQ2,CAV3,
COA5,CPT2,CTNNA3,DNAJC19,DTNA,EMD,EYA4,GPD1L,ILK,KCND3,KCNE1,KCNE2,KCNE3,KCNE5,KCNH2,KCNJ2,
KCNJ5,KCNJ8,KCNQ1,KCNQ2,LAMA2,LAMA4,LIMS1,LIMS2,MLYCD,MMACHC,MYH6,MYL1,NEBL,NKX25,NNT,NSD1,
PGM1,PLEKHM2,RBM24,RPS6KA3,SCN10A,SCN1B,SCN2B,SCN3B,SCN4B,SGCB,SGCD,SLMAP,SNTA1,SOS1,SYNE1,
SYNE2,TCAP,TECRL,TGFB3,TMPO,TRDN,TRPM4,TUBB,YWHA

Name des Arztes: _____
(Druckbuchstaben)

Tel.Nr: _____

Datum und Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes gemäß GenDG

Erläuterungen zu Ziel und Aussagekraft einer genetischen Analyse
finden sie in unserem Patienten-informationsblatt!



Patienteneinwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse (gemäß GenDG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen / Ihrem Kind ist eine genetische Untersuchung zur Abklärung der unten genannten Fragestellung / Diagnose geplant. Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und Ihre schriftliche Einwilligung in die Untersuchung.

Bitte lesen Sie den nachfolgenden Text und bestätigen durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an.

Name/Vorname _____	Geb.Datum _____
Adresse _____	

Ich wurde über Aussagekraft und Konsequenzen der geplanten genetischen Analysen aufgeklärt und hatte ausreichend Bedenkzeit. Das Patienteninformationsblatt habe ich erhalten. Ich habe keine weiteren Fragen. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift gebe ich für mich / meinen Angehörigen / der von mir betreuten Person die Einwilligung zu der/den genetischen Analyse/n, der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme sowie der Speicherung des Befundes im Patientendatensystem des UKHD zur Klärung der Fragestellung / Diagnose:

<p>Im Rahmen einer NGS-basierten Multi Gen Panel Sequenzierung (MGPS) können genetische Veränderungen aufgedeckt werden, die nicht mit der ursprünglichen Fragestellung in Zusammenhang stehen. Die Kenntnis solcher Zufallsbefunde kann - möglicherweise auch erst später im Leben - medizinisch relevant, aber auch psychologisch belastend sein und/oder für zukünftige Lebenssituationen Konsequenzen haben.</p> <p>Ich als einwilligungsfähige Person möchte über bei mir / der von mir betreuten Person erhobene Zufallsbefunde informiert werden.</p>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<p>Ich willige ein, dass von mir / meinen Angehörigen / der von mir betreuten Person erhobene medizinische und genetische Daten in (teil-)verschlüsselter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt und verschlüsselt in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.</p>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<p>Das GenDG schreibt die Vernichtung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung vor.</p> <p>Ich willige in die Aufbewahrung des Probenmaterials und in deren Verwendung für Ergebnisüberprüfung, Familienuntersuchungen, zukünftige genetische Analysen und zur Qualitätssicherung ein.</p>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<p>Verbliebenes Untersuchungsmaterial ist eine wichtige Quelle für Forschungs- und Entwicklungsarbeit, für welche das Untersuchungsmaterial verschlüsselt wird, so dass eine Zuordnung der Probe zu Ihrer Person / Ihren Angehörigen / der von Ihnen betreuten Person durch Dritte weitgehend ausgeschlossen ist.</p> <p>Ich willige in die Verwendung von verbliebenem Probenmaterial für wissenschaftliche Zwecke und Lehre ein.</p>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<p>Das GenDG sieht vor, dass Ergebnisse genetischer Analysen nach 10 Jahren vernichtet werden. Diese Daten sind jedoch oftmals später wichtig für Sie / Ihr Kind / der von Ihnen betreuten Person und weitere Familienangehörige.</p> <p>Ich willige in die Aufbewahrung genetischer Daten und Analyseergebnisse über die vorgeschriebene gesetzliche Frist hinaus ein.</p>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Ort, Datum _____

Unterschrift der Patientin / des Patienten / des gesetzlichen Vertreters _____

**Material (5-10 ml EDTA-Blut oder 2 µg DNA) bitte eindeutig beschriften mit Namen und Geburtsdatum des Patienten/in und ungekühlt senden an:
Für Rückfragen bitte wenden an 06221-56-37767**

**Labor für Kardiogenetik
Im Neuenheimer Feld 669
69120 Heidelberg**



Für Selbstzahler / Kassenpatienten ohne Ü-Schein / Privatpatienten

Kostenübernahmeerklärung

Mir ist bewusst, dass ich für alle anfallenden Kosten selbst aufkommen muss und ich erkläre mich ausdrücklich bereit, diese zu begleichen. Sollte ich bei Einreichung der Rechnung bei meiner privaten Krankenversicherung/Krankenkasse einen Teil der Kosten nicht erstattet bekommen, erkläre ich mich ausdrücklich bereit, die Restkosten im vollen Umfang selbst zu bezahlen.

Information und Einverständnis zur gemeinsamen Abrechnung nach GOÄ durch die Firma unimed

Ich bin informiert und einverstanden, dass die Liquidation privat- bzw. wahlärztlicher Leistungen und Laborleistungen des Kardiogenetikzentrums der Universitätsklinikums Heidelberg durch das externe Abrechnungsunternehmen unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17 - 19, 66687 Wadern, kurz unimed erfolgt.

Einverständnis zur Datenweitergabe an die Firma unimed

Weiterhin gebe ich die freiwillige und jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Heidelberg bzw. die liquidationsberechtigten Ärzte die erforderlichen patientenbezogenen persönlichen Behandlungsdaten an dieses Unternehmen ausschließlich zur Rechnungsstellung weitergeben dürfen. Insofern entbinde ich das Universitätsklinikum Heidelberg bzw. die zur Liquidation berechtigten Ärzten ausdrücklich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Die Mitarbeiter von unimed sind zur Vertraulichkeit im Umgang mit Ihren Daten verpflichtet und unterliegen (auch nach Beendigung ihres Beschäftigungsverhältnisses) der Verschwiegenheitspflicht nach §203 StGB. Ansonsten wird auf die Informationen gemäß Artikel 13 und 14 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) hingewiesen.

Name des Patienten (Druckbuchstaben)

Geburtsdatum

Name des Hauptversichernehmers (Druckbuchstaben)

Geburtsdatum

Ort/Datum

Unterschrift des/der Patienten/Patientin bzw.
Unterschrift des/der Hauptversichernehmers