

Formular zur Familienuntersuchung (Segregationsanalyse)



Allgemeine Informationen

Patient / Ratsuchender	
Name:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Untersuchungsmaterial	
<input type="checkbox"/> Blut _____ ml (mind. 1-2 ml EDTA-Blut)	<input type="checkbox"/> Blutkarten (mind. 5 Spots)
<input type="checkbox"/> DNA _____ µg (mind. 1-2 µg DNA, Konz. ≥ 50 ng/µl)	DNA-Nr.: _____
Ausgangsmaterial der isolierten DNA: _____ (z. B. EDTA Blut, Hautbiopsie)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____
Externe ID:	_____
Entnahmedatum:	_____
Der Versand der Proben per Post in einem Karton oder gepolsterten Umschlag ist problemlos möglich. Die Proben sollten nicht direkter Sonneneinstrahlung ausgesetzt sein. Versandmaterial können Sie unter +49 7071 565 44 55 oder per E-Mail (info@cegat.de) kostenlos anfordern.	

Einsender / Klinik	
Name:	_____
Vorname:	_____
Einrichtung:	_____
Straße:	_____
PLZ/Stadt:	_____
Land:	_____
Telefon:	_____
E-Mail:	_____
UST-IdNr.:	_____
Sofern Sie eine Umsatzsteuer-Identifikationsnummer besitzen, geben Sie diese bitte an.	
Rechnung	<input type="checkbox"/> an Einsender / Klinik <input type="checkbox"/> an Patient:(KVA-Nr.: _____)
Name:	_____
Vorname:	_____
Straße:	_____
PLZ/Stadt:	_____
Land:	_____
E-Mail:	_____

Einverständniserklärung

Mit dieser Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung gemäß GenDG und unter Kenntnis meines Widerrufsrechts mein Einverständnis mit der/den genetischen Analyse(n) und der dafür erforderlichen Probenentnahme.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten und die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, ausgewertet und ggf. in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert und der Untersuchungsauftrag oder Teile davon, falls erforderlich, an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Ich bin einverstanden, dass meine Untersuchungsergebnisse innerhalb des Aufbewahrungszeitraumes neu bewertet werden können. Bei Änderungen wird mein Arzt per E-Mail informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass, zusätzliche zur vollumfänglichen Untersuchung der Gene des angeforderten Gensets, die Analyse auf pathogene und wahrscheinlich pathogene Varianten (ACMG Klassen 4 und 5) in Genen, die für die genannten Indikation differentialdiagnostisch in Frage kommen, ausgeweitet werden kann.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass alle erhobenen Daten von der CeGaT GmbH elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Nähere Informationen zum Datenschutz und Ihren diesbezüglichen Rechten unter www.cegat.de/datenschutz.

Hinweis

Wir aktualisieren unsere Panels in regelmäßigen Abständen gemäß des aktuellen Stands der Wissenschaft. Wir weisen daher darauf hin, dass sich die auf diesem Einsendeformular angegebene Zusammenstellung von Genen eines Gen-Sets zum Zeitpunkt der Laboranalyse geringfügig geändert haben könnte (Hinzunahme/Wegnahme von Genen). Mit der Unterschrift des Patienten auf dem Einsendeformular erklärt sich der Patient auch mit einer ggf. geänderten Zusammensetzung des angeforderten Gen-Sets einverstanden.

Wir behalten uns vor, über die zum Einsatz kommende Sequenzier-Technologie (Sanger/NGS) individuell zu entscheiden. Wir weisen darauf hin, dass bei Anforderung von NGS-Panel-Diagnostik aus technischen Gründen mehr als die angeforderten Gene sequenziert werden.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Als behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin bestätige ich, dass ich autorisiert bin die genetische Diagnostik des o.g. Patienten zu beauftragen. Im Falle von prädiktiver genetischer Diagnostik bestätige ich, dass ich auch hierfür autorisiert bin und die hierfür notwendigen Voraussetzungen erfüllt habe. Bei Diagnostik für Minderjährige bestätige ich das Vorliegen des Einverständnisses aller Sorgeberechtigten.

Sofern der Patient das Einsendeformular nicht unterschrieben hat: Als behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin bestätige ich, den Patienten gem. GenDG über die genetische Untersuchung aufgeklärt zu haben und dass mir das Einverständnis des Patienten schriftlich vorliegt.

_____	_____
Patient / Vertreter (Druckbuchstaben)	Arzt (Druckbuchstaben)
X _____	X _____
Patient / Vertreter (Datum, Unterschrift)	Arzt (Datum, Unterschrift)

Im Folgenden wird ein Nichtankreuzen wie „Nein“ gewertet.

Mit der Aufbewahrung von Probenmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit, der Qualitätssicherung bzw. für ergänzende Untersuchungen (für max. 10 Jahre) bin ich einverstanden. Ja Nein

Die Untersuchungsergebnisse sollen über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. Ja Nein

Mit der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial und/oder Befunden für wissenschaftliche Zwecke inkl. Publikationen in pseudonymisierter Form bin ich einverstanden. Ja Nein

Über Zusatzbefunde möchte ich informiert werden: Ja Nein

In seltenen Fällen können genetische Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sog. Zusatzbefunde). Das Berichten solcher Zusatzbefunde beschränkt sich auf pathogene Veränderungen (ACMG Klassen 4 und 5) in ausgewählten Genen, für die eine Behandlungskonsequenz für den Patient/die Patientin oder die Familie besteht (orientiert an den aktuell gültigen Richtlinien des American College of Medical Genetics and Genomics; Details zu den Genen und assoziierten Erkrankungen sind auf unserer Homepage gelistet: www.cegat.de/acmg-gene/). Ein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Gene besteht nicht. Sollten keine Zusatzbefunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken.

Gezielte Analysen der ACMG-Gene nach aktuellen Empfehlungen können als „zusätzliche Analysen“ angefordert werden.

Nach deutschem GenDG wird der Befund der genetischen Untersuchung dem aufklärenden Arzt übermittelt. Bitte geben Sie hier die E-Mail-Adresse des aufklärenden Arztes an:

E-Mail: _____

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode



CLIA CERTIFIED ID: 99D2130225
CeGaT ist von der deutschen Akkreditierungsstelle nach DIN EN ISO 15189:2014, dem College of American Pathologists (CAP) sowie CLIA akkreditiert.

Allgemeine Informationen

Familienuntersuchung (Segregationsanalyse)

zu folgendem/r **Patient/in** (Indexpatient, für den/die eine molekulargenetische Diagnostik durchgeführt wurde):

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ CeGaT-Nr. (falls bekannt): _____

Angaben über die eigene Person (Familienangehörige/r)

Transplantationen (Knochenmark, Gewebe, Stammzellen) Nein Ja, (bitte spezifizieren) _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Indexpatienten

Vater Mutter Bruder Schwester _____

Symptome

Leidet bzw. litt der/die Familienangehörige an derselben oder ähnlichen Erkrankung wie die/der Indexpatient/in?

Nein Ja; Symptome?: _____

Anforderung (Genvariante, familiäre Mutation, Verweis auf Indexbefund, etc.)

Kostenübernahmeerklärung

Kostenübernahmeerklärung

Hiermit erkläre ich mich bereit, die entstehenden Kosten in Höhe von _____ (aus Kostenvoranschlagsnummer: _____) zur Durchführung der Segregationsanalyse zu übernehmen.

Bitte stellen Sie die Rechnung an:

Rechnungsanschrift

Vorname Name: _____

Straße Hausnummer: _____

PLZ Stadt: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (www.cegat.de) zur Kenntnis genommen und erkenne diese an.

Datum, Unterschrift

**Für Rückfragen und Beratung stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.
Bitte wenden Sie sich an unser Diagnostik-Support-Team.**

**www.cegat.de/diagnostic-support
diagnostic-support@cegat.de | Telefon +49 70 71 / 565 44-55**