

## Anforderung / Einverständniserklärung Genanalyse

Faktor V Leiden (75 €)     Hämochromatose (80 €)     Apolipoprotein E (80 €)

Lactoseintoleranz (60 €)     Familiäres Mittelmeerfieber (690 €)     Apolipoprotein B (80 €)

Prothrombin (75 €)     CAG Repeat Längenpolymorphismus im Androgenrezeptor-Gen (90 €)

.....

(Preise gültig ab 1.8.2016)

Ich wurde vom zuweisenden Arzt im Sinne des derzeit gültigen Gentechnikgesetzes über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten Genanalyse aufgeklärt. Ich habe die schriftliche Patienten-Information von meinem zuweisenden Arzt/meiner zuweisenden Ärztin erhalten und stimme der Durchführung der Genanalyse zu. Im Falle eines prädiktiven Gentests (Untersuchung eines Risikofaktors bei Gesunden) ergeht der Befund ausschließlich an den zuweisenden Arzt und wird mir von diesem im Rahmen eines Beratungsgesprächs übergeben.

Patienten-Name (in Blockschrift): .....

Adresse: ..... Telefon: .....

Geburtsdatum: ..... Unterschrift\*: .....

\* Bei Kindern unter 16 Jahren ist die Unterschrift des Erziehungsberechtigten erforderlich.

### **Zuweisender Arzt:**

Name (in Blockschrift): .....

Datum: ..... Arztstempel: .....

### **Zuweisender Arzt laut Patientenangabe (bei fehlender Arztzuweisung)**

Name des Arztes (in Blockschrift): .....

Adresse des Arztes: .....