

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Vers.Nr. \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_ ☐ W ☐ M Telefon \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Diagnose \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_

### Benötigtes Proben-Material:

Vollblut – EDTA-Röhrchen für PCR

### Anforderung / Einverständniserklärung Genanalyse

|                                                   |                                                                                         |                                                   |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Faktor V Leiden (75 €)   | <input type="checkbox"/> Hämochromatose (80 €)                                          | <input type="checkbox"/> Apolipoprotein E(39,60€) |
| <input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz (60 €) | <input type="checkbox"/> Familiäres Mittelmeerfieber (690 €)                            | <input type="checkbox"/> Apolipoprotein B (87 €)  |
| <input type="checkbox"/> Prothrombin (75 €)       | <input type="checkbox"/> CAG Repeat Längenpolymorphismus im Androgenrezeptor-Gen (90 €) |                                                   |
| <input type="checkbox"/> _____                    |                                                                                         |                                                   |

(Preise gültig ab 1.8.2016)

Ich wurde vom zuweisenden Arzt / von der zuweisenden Ärztin im Sinne des derzeit gültigen Gentechnikgesetzes über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten Genanalyse aufgeklärt und stimme der Durchführung der Genanalyse zu. Der Befund ergeht, soweit es das Gentechnikgesetz vorsieht, ausschließlich an den zuweisenden Arzt / die zuweisende Ärztin und wird mir von diesem/dieser im Rahmen der Beratung nach der Durchführung der Genanalyse mitgeteilt.

**Die Analyse kann nur bei Vorliegen dieser von der Patient:in und Ärzt:in unterzeichneten Einverständniserklärung durchgeführt werden.**

Unterschrift Patient:in\*: \_\_\_\_\_

\* Bei Kindern unter 14 Jahren ist die Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten erforderlich.

### Zuweisender Arzt / Zuweisende Ärztin

Name (in Blockschrift): \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_