



Humangenetik
Dr. med. Imma Rost
Dr. med. Hanns-Georg Klein

Laboratoriumsmedizin
Dr. med. Hanns-Georg Klein
Dr. med. Kaimo Hirv (komm.)

Transfusionsmedizin
Dr. med. Kaimo Hirv
Dr. med. H.-G. Klein (komm.)

Pathologie
Prof. Dr. med. Barbara Dockhorn-Dworniczak
Prof. Dr. med. László Füzési

Mikrobiologie / Virologie
Dr. med. Hartmut Campe
Dr. med. Hanns-Georg Klein

Pharmakogenetik

Name, Vorname (Pat.): _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Kostenträger (bitte unbedingt angeben)

GKV (gesetzlich versichert)
Humangenetik: Laborschein 10 mit Diagnose/ICD 10, gewünschte Untersuchung und unterschriebene Einwilligung gem. GenDG erforderlich.
Pathologie: Überweisungsschein Muster 6, keine Einwilligung erforderlich.

ambulant
 stationär*, Rechnung an Klinik stationär*, Rechnung an Einsender

PKV* (privat versichert) ambulant stationär

Selbstzahler* Rechnung an Patient Rechnung an Einsender[§]

*Zur vorherigen Abklärung der Kostenübernahme durch den Kostenträger erstellen wir gerne eine Kosteninformation nach GOÄ (ggf. bitte ankreuzen), § in Ausnahmefällen

Auftrag/Indikation/Diagnose/Verdacht

Verantwortliche Ärztliche Person (gem. GenDG)

Stempel, Telefon- und Faxnummer, Unterschrift

Untersuchungsmaterial (Art, Menge, ggf. Entnahmezeitpunkt)

Weitere Befundempfänger (nur mit schriftlicher Einwilligung des Patienten, s. RückS.)

Welche Medikamente wurden eingenommen (weitere Angaben s. Rückseite)?

1) _____	Dosis/Wirkspiegel: _____	Zeitraum: _____	Körpergewicht: _____ kg
2) _____	Dosis/Wirkspiegel: _____	Zeitraum: _____	Körpergröße: _____ cm
3) _____	Dosis/Wirkspiegel: _____	Zeitraum: _____	Körperoberfläche: _____ m ²

Angaben zum Patienten:

Anamnestiche Kriterien für Arzneimittelunverträglichkeit oder mangelnde Wirksamkeit (weitere Angaben s. Rückseite):

Ungewöhnliche Beobachtungen während der Medikamenteneinnahme (welche)? _____ Leberfunktionsstörung

Überdosierungserscheinungen (welche)? _____ Niereninsuffizienz

Geringer oder ausbleibender therapeutischer Effekt? _____ Sonst. Stoffwechselstörungen: _____

<p>Untersuchung einzelner Gene</p> <p><input type="checkbox"/> ABCB1 (rs1045642)</p> <p><input type="checkbox"/> BCHÉ</p> <p><input type="checkbox"/> COMT</p> <p><input type="checkbox"/> CYP1A2, UM</p> <p><input type="checkbox"/> CYP2B6</p> <p><input type="checkbox"/> CYP2C8</p> <p><input type="checkbox"/> CYP2C9</p> <p><input type="checkbox"/> CYP2C19, PM</p> <p><input type="checkbox"/> CYP2C19, UM</p> <p><input type="checkbox"/> CYP2D6, PM</p> <p><input type="checkbox"/> CYP2D6, UM</p> <p><input type="checkbox"/> CYP3A4</p> <p><input type="checkbox"/> CYP3A5</p> <p><input type="checkbox"/> DPD</p> <p><input type="checkbox"/> GSTs</p> <p><input type="checkbox"/> IL28B</p> <p><input type="checkbox"/> MDR1 (rs1045642)</p> <p><input type="checkbox"/> NAT2</p> <p><input type="checkbox"/> SLCO1B1</p> <p><input type="checkbox"/> SULT1A1</p> <p><input type="checkbox"/> UGT1A1</p> <p><input type="checkbox"/> VKORC1</p>	<p>Psychiatrisch-neurologische Therapie</p> <p><input type="checkbox"/> Psychopharmaka (CYP2D6, PM)</p> <p><input type="checkbox"/> Psychopharmaka (CYP2D6, UM)</p> <p><input type="checkbox"/> Psychopharmaka (CYP2C19, PM)</p> <p><input type="checkbox"/> Psychopharmaka (CYP2C19, UM)</p> <p><input type="checkbox"/> Psychopharmaka (CYP3A5*3, UM)</p> <p><input type="checkbox"/> Psychopharmaka (CYP1A2*1F, UM)</p> <p><input type="checkbox"/> Psychopharmaka (CYP3A4*22, PM)</p> <p><input type="checkbox"/> Antiepileptika (CYP2C9)</p> <p><input type="checkbox"/> L-Dopamin (COMT)</p> <p><input type="checkbox"/> Multi-Drug-Resistenz (ABCB1=MDR1)</p> <p>1) M. Gaucher-Therapie Nur die genetische Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungstyps bei M. Gaucher gehört zur Regelversorgung der gesetzlichen Kassen. Anforderung mittels Ü-Schein Muster 10.</p> <p><input type="checkbox"/> Eliglustat (CYP2D6)</p> <p>Onkologische Therapie</p> <p><input type="checkbox"/> Azathioprin (TPMT)</p> <p><input type="checkbox"/> Irinotecan (UGT1A1)</p> <p><input type="checkbox"/> Paclitaxel (CYP2C8)</p> <p><input type="checkbox"/> 5-Fluoro-Uracil (DPD)</p> <p><input type="checkbox"/> Tamoxifen (CYP2D6)</p>	<p>KHK/Metabolisches Syndrom/Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> β-Blocker (CYP2D6, PM)</p> <p><input type="checkbox"/> Clopidogrel (CYP2C19, UM)</p> <p><input type="checkbox"/> Statine (SLCO1B1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sartane (CYP2C9)</p> <p><input type="checkbox"/> Sulfonyl-Harnstoffe (CYP2C9)</p> <p>Narkoseunverträglichkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Postoperative Apnoe (BCHÉ)</p> <p>Schmerzmitteltherapie</p> <p><input type="checkbox"/> NSAID (CYP2C9)</p> <p><input type="checkbox"/> Morphin-Prodrugs (CYP2D6, PM)</p> <p>Virologie/Bakteriologie</p> <p><input type="checkbox"/> Efavirenz (CYP2B6)</p> <p><input type="checkbox"/> PEG-Interferon (IL28B, ITPA)</p> <p><input type="checkbox"/> Sulfonamide (NAT2)</p> <p>Detoxifikationsstörung/Xenobiotika</p> <p><input type="checkbox"/> GSTT1, GSTM1, GSTP1</p> <p><input type="checkbox"/> NAT2</p> <p><input type="checkbox"/> SULT1A1</p>
--	---	---

Weitere Diagnostik finden Sie auch auf unserer Homepage www.pharmakogenetik.de

Sonstige _____ €

Zeichenerklärung: PM = Poor (Langsamer) Metabolisierertyp
UM = Ultraschneller Metabolisierertyp

Untersuchungsmaterial: 1 ml EDTA-Blut beschriftet mit Name, Vorname, Geburtsdatum, Entnahmedatum und Uhrzeit.
1) Ausnahme CYP2D6-Metabolisierertyp bei M. Gaucher-Therapie: Anforderung mittels Ü-Schein Muster 10.

Molekular-, Neuro-, Stoffwechselformatik
 Pharmakogenetik / Ernährungsgenetik
 Abstammungsanalyse / Forensik
 Zytogenetik / Pränatal / Perinatal
 Reproduktionsgenetik / PKD/PID
 Molekulare Onkologie / Pathologie
 Immungenetik / Immundefekte
 Immungenetik / Klinische Chemie
 Molekulare Mikrobiologie / Virologie



Genetische Beratung

Dr. med. Imma Rost (Ltg.) Prof. Dr. med. J.-U. Walther
 Dr. (Univ. Verona) Monika Cohen Dr. med. Dagmar Wahl

Pharmakogenetik

Dr. rer. nat. Birgit Busse
 Dr. med. Hanns-Georg Klein

Weitere Angaben (Medikamente, Anamnese, Vorbefunde, Wirkspiegel)

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) - gilt nur für Untersuchungen zur Feststellung genetischer (erblicher) Eigenschaften

Das GenDG fordert für genetische Untersuchungen eine ausführliche **Aufklärung** und eine schriftliche **Einwilligung** sowie vor prädiagnostischen (bei Gesunden) und vorgeburtlichen Analysen zusätzlich eine **genetische Beratung**. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen, nachstehende Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären. Bitte nehmen Sie Streichungen vor, falls Sie einzelnen Punkten nicht zustimmen wollen.

Mit meiner nachstehenden Unterschrift erkläre ich, dass ich

- von meinem behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung gemäß GenDG aufgeklärt wurde,
- ausreichend Gelegenheit hatte, offene Fragen zu besprechen,
- mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial (Blut, Gewebe, bei Pränataldiagnostik Chorionzotten bzw. Fruchtwasser) einverstanden bin,
- mit der Durchführung der **genetischen Untersuchung** zur Klärung der in Frage stehenden **Indikation/Diagnose/Verdacht**

_____ einverstanden bin,

- mit der Auswertung zusätzlicher Gene der gleichen Indikationsgruppe im Rahmen der Forschung einverstanden bin,
- mit der Aufbewahrung des verbleibenden **Probenmaterials** nach Abschluss der Untersuchung einverstanden bin, jedoch keinen Anspruch auf Aufbewahrung erhebe,
- mein **Probenmaterial** und ggf. die DNA-Sequenzinformation anonymisiert für die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen zur Verfügung stelle,
- keine Einwände gegen eine Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Publikationen habe,
- der Aufbewahrung der **Untersuchungsergebnisse** über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von 10 Jahren hinaus zustimme, jedoch keinen Anspruch darauf erhebe,
- der **Weiterleitung** des Untersuchungsauftrags oder Teilen davon - falls erforderlich - an ein medizinisches Kooperationslabor zustimme,
- damit einverstanden bin, dass die Befunde der Untersuchung(en) auch an weitere, nachfolgend benannte Ärzte geschickt werden:

Dr(s). med. _____
 Name PLZ / Ort Straße

Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass

- ich die Analyse jederzeit stoppen und die Vernichtung der bis dahin erzielten Ergebnisse verlangen kann,
- ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann,
- ich die bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs entstandenen Kosten in vollem Umfang übernehme,
- ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (**Recht auf Nichtwissen**),
- die genetische Untersuchung und Begutachtung sich nur auf die angeforderte Indikation bezieht und keine Aussagen über andere Erkrankungen getroffen werden,
- bei **Duo/Trio/Quattro-Analysen** (große Panels, Exome, Genome) die Analyseergebnisse *nicht Betroffener* nur zur Validierung von Varianten des Indexpatienten dienen,
- in seltenen Fällen gesundheitsrelevante **Zusatzbefunde** auftreten können, die mit der ursprünglichen Indikation nicht in Zusammenhang stehen.

Wichtig: Mitteilung von Zusatzbefunden mit therapeutischer oder prophylaktischer Relevanz, die zufällig oder im Rahmen der Forschung gefunden wurden

- Ja, ich wünsche die Mitteilung von Zusatzbefunden Nein, ich wünsche keine Mitteilung von Zusatzbefunden

_____ **X** _____ **X**
 Ort, Datum Unterschrift Patient(in) oder gesetzlicher Vertreter Unterschrift verantwortliche Ärztliche Person