



Humangenetik
Dr. med. Imma Rost
Dr. med. Sandra Wilson

Laboratoriumsmedizin
Dr. med. Leon Holzscheiter
Dr. med. Hanns-Georg Klein

Transfusionsmedizin
Dr. med. Kaimo Hirv
Dr. med. Leon Holzscheiter

Pathologie
Prof. Dr. med. Barbara Dockhorn-Dworniczak
PD Dr. med. Marcus Kremer

Mikrobiologie / Virologie
Dr. med. Hartmut Campe
Dr. med. Leon Holzscheiter

Pharmakogenetik

Name, Vorname (Pat.): _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Angaben zum Kostenträger

Versichertenstatus GKV (Kasse) PKV (privat) Selbstzahler
Aufnahmeart ambulant stationär § 116b

Gesetzlich versicherte Patienten

Pharmakogenetische Untersuchungen sind derzeit **keine Regelleistung** der gesetzlichen Kassen¹⁾ und daher selbst zu tragen. Bei medizinischer Indikation besteht die Möglichkeit beim Versicherer Kostenübernahme zu beantragen.

Privatpatienten/Selbstzahler (GOÄ)

Rechnung an Klinik Patient Einsender

Hinweis: Untersuchungsauftrag nur mit unterschriebener **Einwilligung** gültig!

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?

1) _____ Dosis: _____ Zeitraum: _____

2) _____ Dosis: _____ Zeitraum: _____

3) _____ Dosis: _____ Zeitraum: _____

Angaben zum Patienten:

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Körperoberfläche: _____ m²

Anamnestiche Kriterien für Arzneimittelunverträglichkeit oder mangelnde Wirksamkeit:

Ungewöhnliche Beobachtungen während der Medikamenteneinnahme (welche)? _____

Überdosierungserscheinungen (welche)? _____

Geringer oder ausbleibender therapeutischer Effekt? _____

Weitere Angaben:

Leberfunktionsstörung

Niereninsuffizienz

Sonst. Stoffwechselstörungen: _____

<p>Untersuchung einzelner Gene</p> <p><input type="checkbox"/> ABCB1</p> <p><input type="checkbox"/> BCHE</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</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</p> <p>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>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 (BCHE)</p> <p>Schmerzmitteltherapie</p> <p><input type="checkbox"/> NSAID (CYP2C9)</p> <p><input type="checkbox"/> Morphine (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 und Preise auf Anfrage

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.





Genetische Beratung

Dr. med. Imma Rost (Ltg.)

Dr. med. Sandra Wilson

Dr. (Univ. Verona) Monika Cohen

Dr. med. Dagmar Wahl

Pharmakogenetik

Dipl. Biol. Birgit Busse

Dr. med. Hanns-Georg Klein

Nur gesetzlich versicherte Patienten: Einwilligung zur Erbringung einer individuellen Gesundheitsleistung (IGeL)

Ich wünsche, durch meine(n) behandelnden Arzt/Ärztin folgende Leistung(en) in Anspruch zu nehmen

Leistung

Es ist mir bekannt, dass kein Anspruch auf Kostenerstattung bei den gesetzlichen Krankenkasse besteht und die Kosten ggf. von mir selbst zu tragen sind. Mit meiner nachstehenden Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, die Gesamtkosten zu übernehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das GenDG fordert für alle genetischen Untersuchungen eine ausführliche **Aufklärung** und eine schriftliche **Einwilligung**. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen, die nachstehenden Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären. **Bitte lesen Sie die Einwilligungserklärung sorgfältig durch** und nehmen 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 einverstanden bin,
- mit der Durchführung der **genetischen Untersuchung** zur Klärung der in Frage stehenden **Verdachtsdiagnose(n)**

_____ einverstanden bin,
 Untersuchung / Verdachtsdiagnose

- 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:

Frau/Herrn Dr. 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,
- mir nur die bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden,
- 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.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) oder gesetzlicher Vertreter

Unterschrift verantwortliche Ärztliche Person

