

Probeneinsendung:
 Transplantationsimmunologie/ MG
 Universitätsklinikum Jena, Am Klinikum 1, 07747 Jena Labor
 Tel.: 03641/ 9396804

Einwilligungserklärung – HLA-Diagnostik

zur Durchführung genetischer Analysen gemäß Gendiagnostikgesetz

Name, Vorname _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich
 Untersuchungsauftrag

<input type="checkbox"/> M. Bechterew/ M. Reiter/ Uveitis/ reaktive Arthritis HLA-B*27 <input type="checkbox"/> M. Beçet HLA-B*51 <input type="checkbox"/> Narkolepsie HLA-DQB1*06:02, HLA-DRB1*15:01 <input type="checkbox"/> Zöliakie HLA-DQB1*02, HLA-DQB1*03:02 <input type="checkbox"/> Birdshot Retinopathie	<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis shared epitope <input type="checkbox"/> Abacavir-Überempfindlichkeit HLA-B*57:01 <input type="checkbox"/> komplette HLA-Typisierung HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DQB1, HLA DRB1 (low resolution) <input type="checkbox"/> (high Resolution) <input type="checkbox"/> sonstiges.....
--	---

Verdachtsdiagnose:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in Absprache mit Ihren behandelnden Ärzten soll bei Ihnen oder einem Ihrer Familienangehörigen eine genetische Untersuchung durchgeführt werden. Nach dem am 1. Feb. 2010 in Kraft getretenen Gendiagnostikgesetz ist Ihre Einwilligungserklärung **unbedingte Voraussetzung** für die Durchführung einer genetischen Untersuchung.

Auch gilt, dass Sie vorher über die Möglichkeiten, Grenzen und denkbaren Konsequenzen der Untersuchungen von Ihrem Arzt ausführlich informiert werden müssen. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich zu widerrufen, so dass die begonnenen Untersuchungen sofort abgebrochen werden müssen.

Nach dem Gesetz müssen Proben nach der erfolgten Untersuchung vernichtet werden. Häufig ist es aber sinnvoll, die Proben zum Zwecke der Überprüfbarkeit der Ergebnisse, oder der Qualitätssicherung auch länger aufzubewahren, z.B. zur Erforschung neuer Erkrankungen, sowie zur Verbesserung von Diagnostikmethoden bereits bekannter Erkrankungen. Hierfür benötigen wir Ihr **ausdrückliches Einverständnis**.

Hiermit bestätige mit meiner Unterschrift, dass:

- ich von dem behandelnden Arzt über die Aussagekraft und Konsequenzen der obengenannten Untersuchung umfassend aufgeklärt worden bin,
- ich mit der Entnahme der Probe einverstanden bin und dass die Probe für genetische Untersuchungen zur Klärung der oben genannten Fragestellungen verwendet werden darf,
- mir ausreichende Bedenkzeit vor der Einwilligung zu oben genannten Untersuchungen zur Verfügung stand,
- ich darauf hingewiesen wurde, meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen zu können, und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren.

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Ich möchte über die Ergebnisse der genetischen Untersuchung informiert werden. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich bitte um Weiterleitung der Ergebnisse (nach GenDG) an mitbehandelnde Ärzte Herr/ Frau/ Klinik | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse einverstanden. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials für Qualitätssicherung und zur Erforschung und Verbesserung der Behandlung genetischer Erkrankungen in anonymisierter Form einverstanden. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich bitte auch um die Mitteilung von Zufallsbefunden. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bei fehlender Entscheidung wird von Zustimmung ausgegangen.

Ich wurde darüber informiert, dass evtl. Teile meiner Patienteninformationen zum Zweck der Abrechnung dieser speziellen Untersuchung an eine Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) übermittelt werden müssen.

Kostenübernahme <input type="checkbox"/> Ü-Schein Nr 10 b.. UPD beider Eltern <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Für privat versicherte Patienten, bzw. Selbstzahler ist die Kostenübernahmeerklärung auf der Rückseite auszufüllen.	Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin Stempel oder Druckschrift Name: Anschrift: Telefon:
<input type="checkbox"/> stationär	
<input type="checkbox"/> teilstationär	
<input type="checkbox"/> ambulant	

Anmerkung: Genetische Untersuchungen belasten nicht das Budget des einsendenden Arztes.

Ort, Datum_____
Unterschrift Patientin/ Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)_____
Unterschrift behandelnde/r verantwortliche(r) Ärztin / Arzt

Krankenkasse

Name, Vorname, Anschrift des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr

Status

Vertragsarzt-Nr

VK gültig bis

Datum

Probenannahme / Leistungserfassung

Tel.: 03641 9-396804 Fax: 03641 9-396805

E-Mail: Simone.Krieger@med.uni-jena.de

Sylvia.Scharf@med.uni-jena.de

Kostenübernahmeerklärung

Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen der folgenden genannten Indikation

Untersuchung bitte einfügen

- mir Untersuchungsmaterial entnommen wird und eine DNA-Asservierung durchgeführt wird
 mir Untersuchungsmaterial entnommen wird und auf genetische Merkmale untersucht wird

Die Kosten für die oben genannten Leistungen gemäß des Kostenvorschlags sind mir bekannt.

Ich beauftrage Herrn Prof. Dr. med. C. Hübner die oben genannte Leistung durchzuführen.

Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass die Rechnung für den o. g. Auftrag von einer durch das Universitätsklinikum Jena gewählten privatärztlichen Verrechnungsstelle erstellt wird und dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an diese weitergegeben werden dürfen.

Rechnung an:

- wie oben aufgeführt
 sonstige Anschrift _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten /
Sorgeberechtigten

Unterschrift des
Rechnungsempfängers