

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Geb.-Datum des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<b>Rechnung</b> Überweisungsschein <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> <small>Bitte Muster 10 zusenden</small> <small>an Patient</small> <small>Rechnung an Klinik</small>		

Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik  
Friedrichstraße 38 – 40 · 01067 Dresden

E-Mail: [info@praxisverbund-humangenetik.de](mailto:info@praxisverbund-humangenetik.de)

Tel. Labor: 0351 / 492 78 900 · Fax: 0351 / 492 78 955

Alle Formulare finden Sie unter: [www.praxisverbund-humangenetik.de](http://www.praxisverbund-humangenetik.de)

**Anforderungsbeleg Molekulargenetik  
DPYD- Genotypisierung vor 5-FU-Gabe**

<b>Untersuchungsmaterial</b>								
Datum der Materialentnahme	TT	MM	JJJJ	Blut	DNA	Gewebe	pränatale Proben	Sonstiges
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise für die Entnahme, die Lagerung und den Transport der Proben finden Sie auf unserer Internetseite <a href="http://www.praxisverbund-humangenetik.de">www.praxisverbund-humangenetik.de</a> unter Probenmaterial.								

**DPYD- Genotypisierung vor Gabe von 5-Fluorouracil (5-FU Toxizität)**

Exon 14-Skipping-Mutation, c.1679T>G, c.2846A>T, c.1236G>A/HapB3

Bemerkungen:

---

**Einsender** (Stempel und Unterschrift des Arztes)

**Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)**

Ich bin zu meiner genetischen Fragestellung beraten worden. Ich hatte Gelegenheit, mit meiner/ m beratenden Ärztin/ Arzt über die Aussagekraft sowie die Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung zu sprechen.

Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und mit der Abnahme einer Probe sowie der Durchführung einer genetischen Untersuchung wegen:

\_\_\_\_\_ einverstanden bin.

Folgende Fragen wurden zusätzlich besprochen:

---

**Erklärung zum Umgang mit Untersuchungsmaterial und Untersuchungsergebnissen**

Hiermit willige ich ein, dass \_\_\_\_\_ – wenn nicht zutreffend, bitte streichen –

- meine Proben zum Zweck einer evtl. Ergebniskontrolle/ für weiterführende genetische Untersuchungen zur Diagnosefindung maximal 10 Jahre aufbewahrt werden können.
- die Untersuchungsergebnisse nach Abschluss der Untersuchungen zum Zweck der Nachprüfbarkeit über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus archiviert werden. (Ein Anspruch auf die Lagerung der Proben und die verlängerte Archivierung der Untersuchungsergebnisse kann nicht erhoben werden.)
- meine Proben und die Untersuchungsergebnisse für interne Qualitätskontrollzwecke in pseudonymisierter Form verwendet werden können.
- die Untersuchungsergebnisse in pseudonymisierter/ anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken (z. B. Einträge in medizinischen Datenbanken) genutzt werden können. (Nach Anonymisierung können diese Einträge nicht mehr rückverfolgt oder gelöscht werden.)
- der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann, falls die Untersuchung im Labor des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik nicht möglich sein sollte.
- neben der Ärztin/ dem Arzt des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik die/ der die genetische Analyse veranlasst hat, in Ausnahmefällen jede andere Ärztin/ jeder andere Arzt des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik Einsicht in meine Befunde nehmen und sie mir mitteilen darf.

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO). Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Diese Einwilligungserklärung oder Teile davon können jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Das Untersuchungsergebnis wird dem einsendenden Arzt mitgeteilt.

Für den Fall der Verhinderung der verantwortlichen ärztlichen Person kann es in seltenen Notfallsituationen zusätzlich an folgende Ärzte gesandt werden:

\_\_\_\_\_  
Name, Straße, PLZ/ Ort

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
verantwortliche ärztliche Person (Namen in Druckschrift, Unterschrift und Stempel)

**Für Patienten mit privater Krankenversicherung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung für die o. g. Untersuchung(en) von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen (PVS) erstellt wird. Zu diesem Zweck erkläre ich mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH weitergegeben werden.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten