ZOTZ | KLIMAS
MVZ Düsseldorf-Centrum GbR

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Interne Probennummer Labor

Auftragsbarcode bitte hier aufkleben!

Arztstempel

ANALYSEN AUS DEM BEREICH DER PHARMAKOGENETIK | STOFFWECHSELGENETIK

Angaben zum Patienten

☐ Selbstzahler ☐ Privat Untersuchungsmaterial

☐ weblich ☐ männlich

!!! MUSTER - nicht zur Anforderung verwenden !!!
Bitte bestellen Sie als Praxis diese Scheine online über
zotzklimas.de/service/materialbestellung.

Analyte Pharmakogenetik / Stoffwechselgenetik

☐ CYP1A2	CYP1A2*1F
☐ CYP2C9#	CYP2C9*2,*3
☐ CYP2C19#	CYP2C19*2-*8,*17
☐ CYP2D6#	CYP2D6*2-*12,*14-*17,*29,*35,*39-*41,*114
☐ CYP3A4	CYP3A4*22
☐ CYP19A1#	Aromatase
☐ COMT#	Catechol-O-Methyltransferase
☐ DAO	Diaminoxidase
☐ DPYD#	Dihydropyrimidin-Dehydrogenase
☐ GAD1#	Glutamatdecarboxylase
☐ GUCY1A3	Guanylatcyclase
☐ GST M1/P1/T1	Glutathion-S-Transferasen M1/P1/T1
☐ HNMT	Histamin-N-Methyltransferase
☐ 5-HTT (SLC6A4)	Serotonin-Transporter
☐ MAOA#	Monoaminooxidase A
☐ MDR1 (ABCB1)	Multidrug-Resistance-Protein
☐ MTHFR#	Methylentetrahydrofolatreduktase
☐ NAT2	N-Acetyltransferase
☐ SLCO1B1	Statintransporter
☐ SOD2#	Superoxiddismutase
☐ TPMT	Thiopurin-S-Methyltransferase
☐ UGT1A1	UDP-Glucuronosyltransferase
☐ VKORC1#	Vitamin-K-Epoxidreduktase

Medikamentöse Therapie

☐ Antidepressiva (TCA, SSRI)	CYP2C19#, CYP2D6#
☐ Aspirin	GUCY1A3
☐ Azathiopurin	TPMT
☐ Betablocker	CYP2D6#
☐ Clopidogrel	CYP2C19#
☐ Cumarine (Warfarin)	CYP2C9#, VKORC1#
☐ L-Dopamin	COMT#
☐ Opioide (Prodrugs)	CYP2D6#
☐ Sartane	CYP2C9#
☐ Schmerzmittel (NSAID)	CYP2C9#
☐ Statine	SLCO1B1
☐ Sulfonamide	NAT2
☐ Tamoxifen	CYP2D6#

Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse

Überweisungsschein Muster 10 erforderlich

☐ Eliglustat	CYP2D6#
☐ 5-Fluorouracil	DPYD#
☐ Irinotecan	UGT1A1
☐ Mavacamten	CYP2C19#
☐ Siponimod	CYP2C9#

Weitere Analysen auf Anfrage (Angabe des Medikaments/Gens):

Mir ist bekannt, dass ich für die von mir gewünschten ärztlichen Leistungen eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhalte und unabhängig von einer Kostenerstattung durch meine Krankenkasse zur Kostenübernahme verpflichtet bin. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die oben angegebenen Analysen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören. Die Kosten für die Analysen können bei Ihrem behandelnden Arzt oder beim Labor ZOTZ|KLIMAS erfragt werden. Auf Wunsch kann ein Kostenvoranschlag erstellt werden.

Kostenvoranschlag erwünscht: ☐ ja ☐ nein

Der Analyt wird mit einer nach DIN EN ISO 15189 akkreditierten Untersuchungstechnik ermittelt.
Verzeichnis unter: zotzklimas.de/service/leistungsverzeichnis

Datum / Unterschrift Patient/in

Datum / Stempel / Unterschrift Ärztin/Arzt

Einwilligungserklärung auf der Rückseite - bitte wenden!

KAISER DATA GmbH www.kaiserdata.at

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

ZOTZ | KLIMAS
MVZ Düsseldorf-Centrum GbR

Indikation / angeforderte genetische Untersuchung:
(siehe Analysen wie auf der Vorderseite markiert)

Ich wurde vor der Probenentnahme über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und gesundheitliche Risiken der Diagnostik nach §8 Abs. 2 Gendiagnostikgesetz aufgeklärt. Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag und meine personenbezogenen Daten an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden können. Ich bin damit einverstanden, dass alle erhobenen Daten von der ÜBAG ZOTZ|KLIMAS unter Wahrung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt werden dürfen.
Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial und der Durchführung der o.g. Untersuchung(en) zu. Auf Wunsch habe ich eine Abschrift der Einwilligungserklärung erhalten.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung von Probenmaterial - für ergänzende Untersuchungen oder zur späteren Nachprüfbarkeit. - in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklung, Fallpublikationen) und zur Qualitätssicherung innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen.	☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein
Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus.	☐ ja	☐ nein
Ich bin einverstanden mit der Verwendung meiner Ergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienangehörigen* auf deren Wunsch, auch über meinen Tod hinaus. * falls dies nur für einzelne Angehörige gilt, bitte hier namentlich auflisten:	☐ ja	☐ nein
In seltenen Fällen können mit den hier eingesetzten Testverfahren genetische Informationen erhalten werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (Zusatzbefunde). Das Berichten solcher Zusatzbefunde beschränkt sich auf pathogene (krankheitsverursachende) Veränderungen in ausgewählten Genen mit medizinischer Relevanz für Sie und/ oder Ihre Angehörigen (orientierend an den Richtlinien des American College of Medical Genetics and Genomics; ACMG SF V2.0; Kalia et al., 2017, PMID: 27854360). Es besteht kein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Gene oder eine zukünftige Aktualisierung. Der fehlende Nachweis von Zusatzbefunden bedeutet keinen sicheren Ausschluss entsprechender Risiken. Ich möchte über derartige Zusatzbefunde informiert werden.	☐ ja	☐ nein
Ich bin mit der Übermittlung personenbezogener Daten (z.B. Gesundheitsdaten, genetische Testergebnisse) an mitbehandelnde Ärzte*, Kliniken u.a. einverstanden. *ausschließlich an folgende Ärzte (Name und Adresse):	☐ ja	☐ nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen und die Übermittlung der Untersuchungsergebnisse ablehnen kann.

Bitte in Druckbuchstaben angeben!

Patient: ..... Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum

..... Ort ..... Datum ..... Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter ..... Unterschrift Aufklärender Arzt