

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: EDTA-Blut Sonstiges

weiblich männlich

Körpergewicht: | | | | | kg Körpergröße: | | | | | cm Entnahmedatum (TT/MM/JJ): | | | | |

Klinische Angaben

Medikamente und Dosierungen: _____

Wirkung (Unverträglichkeit / mangelnde Wirksamkeit): _____

Analyse Pharmakogenetik Stoffwechselgenetik ²	Medikamentöse Therapie
<input type="checkbox"/> CYP1A2 CYP1A2*1F	<input type="checkbox"/> Aspirin GUCY1A3
<input type="checkbox"/> CYP2C9 CYP2C9*1,*2,*3	<input type="checkbox"/> Azathiopurin TPMT
<input type="checkbox"/> CYP2C19 CYP2C19*2,*8, *17	<input type="checkbox"/> Betablocker CYP2D6
<input type="checkbox"/> CYP2D6 CYP2D6	<input type="checkbox"/> Clopidogrel CYP2C19
<input type="checkbox"/> CYP3A4 CYP3A4*22	<input type="checkbox"/> Eliglustat CYP2D6 ¹
<input type="checkbox"/> CYP19A1 Aromatase	<input type="checkbox"/> 5-Fluoro-Uracil DPYD ¹
<input type="checkbox"/> COMT Catechol-O-Methyltransferase	<input type="checkbox"/> Irinotecan UGT1A1
<input type="checkbox"/> DAO Diaminoxidase	<input type="checkbox"/> L-Dopamin COMT
<input type="checkbox"/> DPYD Dihydropyrimidin-Dehydrogenase	<input type="checkbox"/> Morphine (Prodrugs) CYP2D6
<input type="checkbox"/> GAD1 Glutamatdecarboxylase 1	<input type="checkbox"/> PEG-Interferon (HCV-Therapie) IL28B
<input type="checkbox"/> GUCY1A3 Guanylatcyclase	<input type="checkbox"/> Sartane CYP2C9
<input type="checkbox"/> GST M1/P1/T1 Gluthation-S-Transferasen M1/P1/T1	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel (NSAID) CYP2C9
<input type="checkbox"/> HNMT Histamin-N-Methyltransferase	<input type="checkbox"/> Siponimod CYP2C9 ¹
<input type="checkbox"/> 5-HTTLPR Serotonin-Transporter	<input type="checkbox"/> Statine SLCO1B1
<input type="checkbox"/> IL28B Interleukin 28B	<input type="checkbox"/> Sulfonamide NAT2
<input type="checkbox"/> MAOA Monoaminoxidase A	<input type="checkbox"/> Tamoxifen CYP2D6
<input type="checkbox"/> MDR1 (ABCB1) Multidrug-Resistance-Protein	<input type="checkbox"/> Detoxifikation / Oxidativer Stress GSTM1/P1/T1
<input type="checkbox"/> MTHFR Methylentetrahydrofolatreduktase	<input type="checkbox"/> NAT2
<input type="checkbox"/> NAT2 N-Acetyltransferase 2	<input type="checkbox"/> SOD2
<input type="checkbox"/> SLCO1B1 Statintransporter	
<input type="checkbox"/> SOD2 Superoxiddismutase 2	
<input type="checkbox"/> TPMT Thiopurin-S-Methyltransferase	Sonstige (Angabe des Medikaments):
<input type="checkbox"/> UGT1A1 UDP-Glucuronosyltransferase	
<input type="checkbox"/> VKORC1 Vitamin-K-Epoxidreduktase	
Sonstige (Angabe des Gens):	

¹ Leistung der gesetzlichen Krankenkasse (Überweisungsschein Muster 10).

² Weitere Analysen oder Profile aus dem Bereich Pharmakogenetik/Stoffwechselgenetik auf Anfrage!

Mir ist bekannt, dass ich für die von mir gewünschte ärztliche Leistung 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

Datum / Unterschrift Patient/in Datum / Stempel / Unterschrift Ärztin/Arzt

Einwilligungserklärung auf der Rückseite - bitte wenden!

KAISER DATA GmbH www.kaiserdata.at 16





Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)



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.

<p>Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung von Probenmaterial</p> <ul style="list-style-type: none"> - für ergänzende Untersuchungen oder zur späteren Nachprüfbarkeit. - in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklung, Fallpublikationen) und zur Qualitätssicherung innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen. 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
<p>Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus.</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>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:</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>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.</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>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):</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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 Unterschrift
Patient / Sorgeberechtigter Aufklärender Arzt

