

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| 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): _____

| Analyte Pharmakogenetik / Stoffwechselgenetik | Medikamentöse Therapie |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CYP1A2 CYP1A2*1F <input type="checkbox"/> CYP2C9# CYP2C9*2,*3 <input type="checkbox"/> CYP2C19# CYP2C19*2-*8,*17 <input type="checkbox"/> CYP2D6# CYP2D6*2-*12,*14-*17,*29,*35,*39-*41,*114 <input type="checkbox"/> CYP3A4 CYP3A4*22 <input type="checkbox"/> CYP19A1# Aromatase <input type="checkbox"/> COMT# Catechol-O-Methyltransferase <input type="checkbox"/> DAO Diaminoxidase <input type="checkbox"/> DPYD# Dihydropyrimidin-Dehydrogenase <input type="checkbox"/> GAD1# Glutamatdecarboxylase <input type="checkbox"/> GUCY1A3 Guanylatcyclase <input type="checkbox"/> GST M1/P1/T1 Glutathion-S-Transferasen M1/P1/T1 <input type="checkbox"/> HNMT Histamin-N-Methyltransferase <input type="checkbox"/> 5-HTT (SLC6A4) Serotonin-Transporter <input type="checkbox"/> MAOA# Monoaminoxidase A <input type="checkbox"/> MDR1 (ABCB1) Multidrug-Resistance-Protein <input type="checkbox"/> MTHFR# Methylentetrahydrofolatreduktase <input type="checkbox"/> NAT2 N-Acetyltransferase <input type="checkbox"/> SLCO1B1 Statintransporter <input type="checkbox"/> SOD2# Superoxiddismutase <input type="checkbox"/> TPMT Thiopurin-S-Methyltransferase <input type="checkbox"/> UGT1A1 UDP-Glucuronosyltransferase <input type="checkbox"/> VKORC1# Vitamin-K-Epoxidreduktase | <input type="checkbox"/> Antidepressiva (TCA, SSRI) CYP2C19#, CYP2D6# <input type="checkbox"/> Aspirin GUCY1A3 <input type="checkbox"/> Azathiopurin TPMT <input type="checkbox"/> Betablocker CYP2D6# <input type="checkbox"/> Clopidogrel CYP2C19# <input type="checkbox"/> Cumarine (Warfarin) CYP2C9#, VKORC1# <input type="checkbox"/> L-Dopamin COMT# <input type="checkbox"/> Opiode (Prodrugs) CYP2D6# <input type="checkbox"/> Sartane CYP2C9# <input type="checkbox"/> Schmerzmittel (NSAID) CYP2C9# <input type="checkbox"/> Statine SLCO1B1 <input type="checkbox"/> Sulfonamide NAT2 <input type="checkbox"/> Tamoxifen CYP2D6# |
| | Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse Überweisungsschein Muster 10 erforderlich <input type="checkbox"/> Eliglustat CYP2D6# <input type="checkbox"/> 5-Fluorouracil DPYD# <input type="checkbox"/> Irinotecan UGT1A1 <input type="checkbox"/> Mavacamten CYP2C19# <input type="checkbox"/> Sponimod 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!





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"/> 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

