

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!



MVZ Düsseldorf-Centrum GbR

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

[#] Durch die DAkkS nach DIN EN ISO 15189 akkreditiertes Labor. Die Akkreditierung gilt nur für den in der Urkundenanlage ML-22009-01 aufgeführten Akkreditierungsumfang. 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.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung von Probenmaterial

- für ergänzende Untersuchungen oder zur späteren Nachprüfbarkeit. ☐ ja ☐ nein

- in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklung, Fallpublikationen) und zur Qualitätssicherung innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen. ☐ ja ☐ nein

Mir ist bewusst, dass ich keinen Anspruch auf die Aufbewahrung von Probenmaterial habe.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus. ☐ ja ☐ nein

Mir ist bewusst, dass ich keinen Anspruch auf die Aufbewahrung meiner Ergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus habe.

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 (Zufallsbefunde). Das Berichten solcher Zufallsbefunde beschränkt sich auf pathogene (krankheitsverursachende) Veränderungen in ausgewählten Genen mit medizinischer Relevanz (orientierend an den Richtlinien des American College of Medical Genetics and Genomics; ACMG SF in aktueller Version; Miller et al., 2021, PMID: 34012068). Es besteht kein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Gene oder eine zukünftige Aktualisierung. Der fehlende Nachweis von Zufallsbefunden bedeutet keinen sicheren Ausschluss entsprechender Risiken.

Ich möchte über derartige Zufallsbefunde informiert werden. ☐ ja ☐ nein

Anmerkung: Nicht beantwortete Fragen werden im Sinne des Gendiagnostikgesetzes mit als Antwort 'nein' gewertet.

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

