

Bitte diesen Begleitzettel mit dem Untersuchungsmaterial einschicken an:

MVZ Taunus
Prof. Dr. Gholamali Tariverdian

Hessenring 92a
61348 Bad Homburg vor der Höhe

MVZ Taunus
Medizinisches Versorgungszentrum Taunus GmbH
Prof. Dr. Gholamali Tariverdian

Taunusstraße 3
61348 Bad Homburg vor der Höhe

Telefon 06172 141 7001
Telefax 06172 959 4561

E-Mail info@mvz-taunus.de
Web www.mvz-taunus.de

Patientendaten		Kostenübernahme	
Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		Ethnische Herkunft (soweit genetisch relevant)	
PLZ		Wohnort	
Datum der Probenentnahme:		<input type="checkbox"/> m männlich <input type="checkbox"/> w weiblich	
		Kostenübernahme Humangenetische Leistungen belasten nicht das Budget des anfordernden Arztes! <input type="checkbox"/> Gesetzliche KV <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Private KV <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender	

Indikation
Beschreibung der Symptome / ggf. in der Familie bereits durchgeführte genetische Diagnostik

Anforderung molekulargenetische Diagnostik - Diabetologie (auszufüllen vom beauftragenden Arzt)
benötigtes Material: 2-5 ml EDTA-Blut Versand: Standardpost, Raumtemperatur

Untersuchungsauftrag (betroffenes Gen)
<input type="checkbox"/> Stufendiagnostik <input type="checkbox"/> MODY Typ 1 (<i>HNF4Alpha</i>) <input type="checkbox"/> MODY Typ 2 (<i>GCK</i>) <input type="checkbox"/> MODY Typ 3 (<i>HNF1Alpha, TCF1</i>) <input type="checkbox"/> MODY Typ 5 (<i>HNF1Alpha, TCF2</i>)

Einwilligungserklärung für eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz
(auszufüllen vom Patienten)

Ich erkläre mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Untersuchung und der dafür erforderlichen Blut/Gewebeentnahme. Ich bin über mein Widerrufsrecht und die Aussagekraft bzw. die Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt worden. Ich bin damit einverstanden, dass das Probenmaterial eventuell an ein kooperierendes Speziallabor weiter gegeben wird. Das Probenmaterial darf im Bedarfsfall in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Untersuchungen verwendet werden. Das Ergebnis kann auch durch einen fachärztlichen Vertreter des mit der Untersuchung beauftragten Humangenetikers mitgeteilt werden. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Probenmaterial übereigne ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat. (Nichtzutreffendes bitte streichen).

.....
Ort, Datum

Name, Vorname (Druckschrift) und Stempel
Beauftragender Arzt

Unterschrift

.....
Ort, Datum

Name, Vorname (Druckschrift)
Patient/gesetzlicher Stellvertreter

Unterschrift