

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

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

Anforderung molekulargenetische Diagnostik - Tumorgenetik (auszufüllen vom beauftragenden Arzt)	
benötigtes Material: 2-5 ml EDTA-Blut Versand: Standardpost, Raumtemperatur	
Untersuchungsauftrag (betroffenes Gen)	
<input type="checkbox"/> Brustkrebs ( <i>BRCA1</i> ) <input type="checkbox"/> Brustkrebs ( <i>BRCA2</i> )	<input type="checkbox"/> HNPCC ( <i>MLH1, MSH2, MSH6, PMS2</i> ) <input type="checkbox"/> FAP ( <i>APC, MUTYH</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 Humangenetiklers 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
------------	---	--------------