

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	
<p>Kostenübernahme Humangenetische Leistungen belasten nicht das Budget des anfordernden Arztes!</p> <p><input type="checkbox"/> Gesetzliche KV <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Private KV <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender</p>	
Name, Vorname Geburtsdatum	
Straße	Ethnische Herkunft (soweit genetisch relevant)
PLZ Wohnort	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Datum der Probenentnahme:	
<p>Indikation</p> <p>Beschreibung der Symptome / ggf. in der Familie bereits durchgeführte genetische Diagnostik</p>	
<p align="center">Anforderung molekulargenetische Diagnostik - Tumorgenetik (auszufüllen vom beauftragenden Arzt)</p> <p align="center">benötigtes Material: 2-5 ml EDTA-Blut Versand: Standardpost, Raumtemperatur</p>	
<p>Untersuchungsauftrag (betroffenes Gen)</p> <p><input type="checkbox"/> Brustkrebs (<i>BRCA1</i>) <input type="checkbox"/> HNPCC (<i>MLH1, MSH2, MSH6, PMS2</i>) <input type="checkbox"/> Brustkrebs (<i>BRCA2</i>) <input type="checkbox"/> FAP (<i>APC, MUTYH</i>)</p>	

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
------------	---	--------------