



### Untersuchungsauftrag (betroffenes Gen)

#### Fertilitätsstörungen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adrenogenitales Syndrom ( <i>CYP21A2</i> )  | <input type="checkbox"/> Faktor V ( <i>F5</i> )  |
| <input type="checkbox"/> Mukoviszidose ( <i>CFTR</i> )   | <input type="checkbox"/> Faktor II ( <i>F2</i> )   |
| <input type="checkbox"/> Azoospermiefaktor ( <i>AZF</i> )  | <input type="checkbox"/> Androgen-Rezeptor ( <i>AR</i> )   |
| <input type="checkbox"/> Protein S ( <i>PROS1</i> )  | <input type="checkbox"/> Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom <sup>FL</sup> ( <i>WNT4, LHX1, HNF1B</i> )         |
| <input type="checkbox"/> Protein C ( <i>PROC</i> )   | <input type="checkbox"/> 5-Alpha-Reduktase-Defekt <sup>FL</sup> ( <i>SRD5A2</i> )                                  |
| <input type="checkbox"/> Leydigzell-Aplasie, -Hypoplasie <sup>FL</sup> ( <i>LHR</i> )                                      | <input type="checkbox"/> XX-Mann <sup>FL</sup> ( <i>RSPO1</i> )  |
| <input type="checkbox"/> Prämatüre Ovarialinsuffizienz <sup>FL</sup> ( <i>SF1, BMP15, GDF9, FSHR, FIGLA, FMR1, POF1B</i> ) | <input type="checkbox"/> Hypogonadotroper Hypogonadismus <sup>FL</sup> ( <i>KAL1, FGR1, PROK2, PROKR2, GNRHR</i> ) |
| <input type="checkbox"/> XX-Gonadendysgenese <sup>FL</sup> ( <i>FOXL2, FIGLA, NOBOX, FSHR, GDF9, BMP15, SF1</i> )          | <input type="checkbox"/> XY-Gonadendysgenese <sup>FL</sup> ( <i>SRY, DHH, DMRT1, SE1, WT1</i> )                    |

#### Kardiologie – Arrhythmien und Myopathien

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Long QT Syndrom LQT1 ( <i>KCNQ1</i> )   | <input type="checkbox"/> Long QT Syndrom LQT2 ( <i>KCNH2</i> )  |
| <input type="checkbox"/> Long QT Syndrom LQT3 ( <i>SCN5A</i> )   | <input type="checkbox"/> Long QT Syndrom LQT4 ( <i>KCNE1</i> )  |
| <input type="checkbox"/> Long QT Syndrom LQT5 ( <i>KCNE2</i> )   | <input type="checkbox"/> Brugada Syndrom ( <i>SCN5A</i> )   |
| <input type="checkbox"/> Short QT Syndrom SQT1 ( <i>KCNH2</i> )  | <input type="checkbox"/> Short QT Syndrom SQT2 ( <i>KCNQ1</i> )   |
| <input type="checkbox"/> Hypertrophe (obstruktive) Myopathie <sup>V</sup> ( <i>MYH7, MYBPC3, TNNT2</i> )       | <input type="checkbox"/> Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie <sup>V</sup> ( <i>PKP2, DSP, DSG2</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Familiäre dilatative Kardiomyopathie <sup>V</sup> ( <i>LMNA, MYH7, TNNT2, SCN5A</i> ) | <input type="checkbox"/> Linksventrikuläre Non-Compaction <sup>V</sup> ( <i>MYH7, TAZ, LDB3</i> )                 |

FL = Fremdleistung V = in Vorbereitung

### 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