

Name, Vorname, Anschrift des Versicherten

geb. am

für stationäre und Privatpatienten

**Institut für Humangenetik**  
**Prof. Dr. med. Christian Hübner**  
 Facharzt für Humangenetik  
 Am Klinikum 1, 07747 Jena

Uniklinikum Jena

für ambulante Patienten

**Praxis für Humangenetik****Dr. med. Katrin Maier**

Fachärztin für Transfusionsmedizin

Am Klinikum 1, 07747 Jena

Tel: 03641 9-325590

**Molekulargenetische Diagnostik:** Dr. rer. nat. Volker Oberle

Tel.: 03641 9-396825 Fax: 03641 9-396872

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Probeneinsendung:**
 Institut für Humangenetik/ Laborbereich des ZAM  
 Universitätsklinikum Jena, Am Klinikum 1, 07747 Jena  
**Tel.: 03641/ 9396804**

## Einwilligungserklärung – HLA-Diagnostik

### zur Durchführung genetischer Analysen gemäß Gendiagnostikgesetz

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Geschlecht:

 männlich weiblich

Untersuchungsauftrag

 M. Bechterew/ M. Reiter/ Uveitis/ reaktive Arthritis HLA-B\*27 Rheumatoide Arthritis *shared epitope* M. Beçet HLA-B\*51 Abacavir-Überempfindlichkeit HLA-B\*57:01 Narkolepsie HLA-DQB1\*06:02, HLA-DRB1\*15:01 komplette HLA-Typisierung HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DQB1,  
HLA DRB1 (low resolution)  (high Resolution) Zöliakie HLA-DQB1\*02, HLA-DQB1\*03:02 Birdshot Retinopathie sonstiges.....

Verdachtsdiagnose:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in Absprache mit Ihren behandelnden Ärzten soll bei Ihnen oder einem Ihrer Familienangehörigen eine genetische Untersuchung durchgeführt werden. Nach dem am 1. Feb. 2010 in Kraft getretenen Gendiagnostikgesetz ist Ihre Einwilligungserklärung **unbedingte Voraussetzung** für die Durchführung einer genetischen Untersuchung.

Auch gilt, dass Sie vorher über die Möglichkeiten, Grenzen und denkbaren Konsequenzen der Untersuchungen von Ihrem Arzt ausführlich informiert werden müssen. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich zu widerrufen, so dass die begonnenen Untersuchungen sofort abgebrochen werden müssen.

Nach dem Gesetz müssen Proben nach der erfolgten Untersuchung vernichtet werden. Häufig ist es aber sinnvoll, die Proben zum Zwecke der Überprüfbarkeit der Ergebnisse, oder der Qualitätssicherung auch länger aufzubewahren, z.B. zur Erforschung neuer Erkrankungen, sowie zur Verbesserung von Diagnostikmethoden bereits bekannter Erkrankungen. Hierfür benötigen wir Ihr **ausdrückliches Einverständnis**.

**Hiermit bestätige mit meiner Unterschrift, dass:**

- ich von dem behandelnden Arzt über die Aussagekraft und Konsequenzen der obengenannten Untersuchung umfassend aufgeklärt worden bin,
- ich mit der Entnahme der Probe einverstanden bin und dass die Probe für genetische Untersuchungen zur Klärung der oben genannten Fragestellungen verwendet werden darf,
- mir ausreichende Bedenkzeit vor der Einwilligung zu oben genannten Untersuchungen zur Verfügung stand,
- ich darauf hingewiesen wurde, meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen zu können, und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren.

**Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen:**

- Ich möchte über die Ergebnisse der genetischen Untersuchung informiert werden.  ja  nein
- Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse einverstanden.  ja  nein
- Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials für Qualitätssicherung und zur Erforschung und Verbesserung der Behandlung genetischer Erkrankungen in anonymisierter Form einverstanden.  ja  nein
- Ich bitte auch um die Mitteilung von Zufallsbefunden.  ja  nein

**Bei fehlender Entscheidung wird von Zustimmung ausgegangen.**

Ich wurde darüber informiert, dass evtl. Teile meiner Patienteninformationen zum Zweck der Abrechnung dieser speziellen Untersuchung an eine Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) übermittelt werden müssen.

**Kostenübernahme**

- 
- Ü-Schein Nr 10 b.. UPD beider Eltern
- 
- 
- Privat
- 
- 
- Selbstzahler

- 
- stationär
- 
- 
- teilstationär
- 
- 
- ambulant

**Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin** Stempel oder Druckschrift
 Name:  
 Anschrift:  
 Telefon:

 Für privat versicherte Patienten, bzw. Selbstzahler ist die Kostenübernahmeerklärung auf der Rückseite auszufüllen.

Anmerkung: Genetische Untersuchungen belasten nicht das Budget des einsendenden Arztes.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/ Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Unterschrift behandelnde/r verantwortliche(r) Ärztin / Arzt

Krankenkasse

Name, Vorname, Anschrift des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Probeneinsendung:**

Institut für Humangenetik/ Laborbereich des ZAM  
Universitätsklinikum Jena, Am Klinikum 1, 07747 Jena  
**Tel.: 03641/ 9396804**

## Kostenübernahmeerklärung

**Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen der folgenden genannten Indikation**

\_\_\_\_\_  
Untersuchung bitte einfügen

- mir Untersuchungsmaterial entnommen wird und eine DNA-Asservierung durchgeführt wird  
 mir Untersuchungsmaterial entnommen wird und auf genetische Merkmale untersucht wird

**Die Kosten für die oben genannten Leistungen gemäß des Kostenvoranschlags sind mir bekannt.**

Ich beauftrage Herrn Prof. Dr. med. C. Hübner die oben genannte Leistung durchzuführen.

**Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass die Rechnung für den o. g. Auftrag von einer durch das Universitätsklinikum Jena gewählten privatärztlichen Verrechnungsstelle erstellt wird und dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an diese weitergegeben werden dürfen.**

Rechnung an:

- wie oben aufgeführt  
 sonstige Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten /  
Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des  
Rechnungsempfängers