

Patientenetikett einkleben oder Patientendaten eintragen

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Geschlecht: _____
 Adresse: _____
 Stammversicherter: _____
 Kostenträger: _____
 (Kasse; Privat; Gutachten; Sozialleistungstr.; Berufsgen.; Selbstzahler)



Universitätsklinikum Münster
 Zentrale Einrichtung UKM Labor
MVZ - Abteilung für Laboratoriumsmedizin
 Ärztlicher Leiter: Dr. med. Bernhard Schlüter

Neurogenetik 22.6

Probensendung: Universitätsklinikum Münster, Zentrale Einrichtung UKM Labor
 Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1 48149 Münster

Anforderungsnummer

9 ml EDTA-Monovette



Erkrankungen

HMSN Ia/HNPP PMP22 Deletion / Duplikation

Spinocerebelläre Ataxien (SCA)

- SCA1 SCA2 SCA3 SCA6
 SCA7 SCA17

Chorea Huntington

HTT

Spino-bulbäre Muskelatrophie *Typ Kennedy*

AR

Amyloidose

TTR GSN

Verdacht auf:

Familienanamnese Betroffene

- Vater Bruder
 Mutter Schwester
 Großvater Sohn
 Großmutter Tochter
 Sonstige

Erbgang

- AD AR X-Chr.

Segregationsanalyse

Indexpatient: _____

Gen: _____

Mutation: _____

Einsendender Arzt

Klinische Verdachtsdiagnose

- Differentialdiagnostik
 Prädiktive Diagnostik

Next Generation Sequencing nach Absprache

- HMSN + HSP
 Myopathie + LGMD
 Demenz
 Parkinson/Dystonie/NPC
 Ataxie/FHM/Stoffwechsel
 Epilepsie:SLC2A1/SCN1A/PRRT2/TSC1/TSC2



Einverständniserklärung des Patienten

Ich wünsche die Durchführung der von meinem Arzt/Ärztin vorgeschlagenen genetischen Untersuchung zur Abklärung folgender Erkrankung

und bin über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung gemäß GenDG ausführlich aufgeklärt worden.

Das Untersuchungsergebnis kann mir auch durch weitere, in gleicher Weise kompetente ärztliche Personen mitgeteilt werden (Vertretungsregelung): Ja Nein

Ich bin mit der evtl. erforderlichen Weiterleitung von Probenmaterial an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor einverstanden: Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass das Probenmaterial für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses, weitere Analysen, zur Qualitätssicherung und zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet/aufbewahrt wird: Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass das Untersuchungsergebnis über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt wird: Ja Nein

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für Beratung und/oder Untersuchungen von Familienmitgliedern (ggf. einzelne Personen benennen) genutzt werden: Ja Nein

Über evtl. gewonnene Zufallsbefunde im Zusammenhang mit der Grunderkrankung möchte ich informiert werden: Ja Nein

Jeder Punkt der Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit widerrufen werden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit. Ein Nichtankreuzen wird wie „NEIN“ gewertet.

Bemerkung:

Die Untersuchungsergebnisse sollen an den von mir benannten Arzt weitergeleitet werden:

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass

mein Blut das Blut meines Kindes

entnommen und den notwendigen molekulargenetischen Untersuchungen unterzogen wird.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person
(Ohne Unterschrift wird die Probe nicht bearbeitet)