

Ausdrucken oder großer Patientenaufkleber oder vollständig und leserlich ausfüllen



UKT
Universitätsklinikum Tübingen



Hertie-Institut
für klinische Hirnforschung

Universitätsklinikum Tübingen
Zentrum für Neurologie
Hertie-Institut für Klinische Hirnforschung

Abt. Neurologie mit Schwerpunkt Neurodegenerative Erkrankungen

Neurologische Poliklinik und Station 43: Hoppe-Seyler Str. 3
Laboradresse für Blutproben: Otfried-Müller-Str. 27, 4.Stock, 72076 Tübingen

Name, Vorname; Geb.-Dat; Adresse; ggf. Kostenträger für genetische Diagnostik

Anforderung einer DNA-Untersuchung

Status:	<input type="checkbox"/> Betroffen (= Patient)	<input type="checkbox"/> Asymptomatische Risikoperson	<input type="checkbox"/> gesund
Klinische Diagnose: <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich	Erkrankungsalter:		
Anamnese:			
Klinischer Befund:			
Familien-Anamnese: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> unklar	Stammbaum / weitere betroffene Familienmitglieder:		
<input type="checkbox"/> Molekulare Diagnostik <input type="checkbox"/> GKV-Patient (Überweisungsschein) <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender/Klinik			
Parkinson-Syndrome (PS) <input type="checkbox"/> Familiäres idiopathisches PS (<i>LRRK2</i>) <input type="checkbox"/> Juveniles idiopathisches PS (<i>Parkin, Pink1, DJ1</i>) <input type="checkbox"/> FTLD-U (<i>PGRN</i>) <input type="checkbox"/> FTLD-Tau (<i>TAU</i>)	Hereditäre Spastische Spinalparalysen <i>Autosomal dominante:</i> <input type="checkbox"/> SPG3 (<i>Atlastin</i>) <input type="checkbox"/> SPG4 (<i>Spastin</i>) <input type="checkbox"/> SPG17 (<i>BSCL2</i>) <input type="checkbox"/> SPG31 (<i>REEP1</i>) <i>Autosomal rezessive:</i> <input type="checkbox"/> SPG5 (<i>CYP7B1</i>) <input type="checkbox"/> SPG7 (<i>Paraplegin</i>) <input type="checkbox"/> SPG11 (<i>Spatacsin</i>) <input type="checkbox"/> SPG15 (<i>ZFYVE26</i>) <i>Sonstige:</i> <input type="checkbox"/> -----		
Dystonien <input type="checkbox"/> Dopa-responsive Dystonie, dominant (<i>GCH1</i>) <input type="checkbox"/> Dopa-responsive Dystonie, rezessiv (<i>TH, SPR</i>) <input type="checkbox"/> Myoklonus-Dystonie (<i>SGCE</i>) <input type="checkbox"/> Primäre Torsionsdystonie (<i>DYT1</i>) <input type="checkbox"/> Primäre Torsionsdystonie (<i>DYT6</i>) <input type="checkbox"/> Rapid-onset Dystonie-Parkinsonismus (<i>ATP1A3</i>)	Ataxien <input type="checkbox"/> Ataxie mit okulomotorischer Apraxie; AOA1 + 2 (<i>APTX, SETX</i>) <input type="checkbox"/> Episodische Ataxie 1 + 2 (<i>KCNA1, CACNA1A</i>) <input type="checkbox"/> Fragiles X Tremor Ataxie Syndrom (<i>FMR1</i>) <input type="checkbox"/> Friedreich-Ataxie; FRDA (<i>FXN</i>) <input type="checkbox"/> SANDO / PEO / atypische Ataxie (<i>POLG1</i>) <input type="checkbox"/> Spinozerebelläre Ataxie (<i>SCA1,2,3,6,7,17</i>) <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> -----		
Chorea <input type="checkbox"/> Benigne Chorea (<i>TITF1</i>) <input type="checkbox"/> Chorea Huntington (<i>Huntingtin, JPH3, SCA17</i>)			
<input type="checkbox"/> andere (nur nach Rücksprache!):			
<input type="checkbox"/> Neurogenetische Forschung (ohne Befundmitteilung!)			
<input type="checkbox"/> Sporadisches idiopathisches PS (IPS) <input type="checkbox"/> Familiäres idiopathisches PS (IPS) <input type="checkbox"/> Multisystematrophie (MSA) <input type="checkbox"/> Progressive supranukleäre Paralyse (PSP)	<input type="checkbox"/> Ataxie <input type="checkbox"/> Essentieller Tremor (ET) <input type="checkbox"/> Restless-Legs Syndrom (RLS) <input type="checkbox"/> Alzheimer-Demenz (AD) <input type="checkbox"/> Dystonie	<input type="checkbox"/> Spastische Spinalparalyse (HSP) <input type="checkbox"/> Frontotemporale Demenz (FTLD) <input type="checkbox"/> Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) <input type="checkbox"/> andere: -----	
Anfordernde Stelle und Name des Anfordernden in Druckbuchstaben	Datum	Unterschrift	
Benötigt werden: 20ml EDTA-Blut, ausgefüllte Anforderung und Einverständniserklärung (umseitig)			

Ausdrucken oder großer Patientenaufkleber oder vollständig und leserlich ausfüllen



Universitätsklinikum Tübingen
Zentrum für Neurologie
Hertie-Institut für Klinische Hirnforschung

Abt. Neurologie mit Schwerpunkt Neurodegenerative Erkrankungen

Neurologische Poliklinik und Station 43: Hoppe-Seyler Str. 3
Laboradresse für Blutproben: Otfried-Müller-Str. 27, 4.Stock, 72076 Tübingen

Name, Vorname; Geb.-Dat; Adresse; ggf. Kostenträger für genetische Diagnostik

Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die Bedeutung und Tragweite der Diagnostik und insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt. Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Probenmaterial und den genetischen Untersuchungen bezogen auf folgende Fragestellung zu:

Klinische Symptomatik / Verdachtsdiagnose / Indikation / Fragestellung:

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse(n) an weitere Ärzte / Personen geschickt werden:

Frau / Herrn _____

Frau / Herrn _____

Frau / Herrn _____

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen
(Bitte entsprechend ankreuzen)

Ich bin (sofern erforderlich) mit der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages** bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor einverstanden.

Ich bin mit der **Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial** zum Zwecke der **Nachprüfbarkeit der Ergebnisse**, der Qualitätssicherung und für **spätere neue Diagnosemöglichkeiten** einverstanden.

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die **Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern** genutzt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass **überschüssiges Untersuchungsmaterial in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen** verwendet wird. Dazu überlasse ich das Material dem Zentrum für Neurologie, Universitätsklinikum Tübingen.

Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und -Unterlagen **über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.**

Ja Nein

Ergänzungen:

Diese Einwilligungserklärung gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Aufklärender Arzt/Ärztin	Datum	Unterschrift:
Name des Patienten/gesetzlichen Vertreters	Datum	Unterschrift: