



Universitätsklinikum Tübingen

Universitätsklinikum Tübingen
Institut für Klinische Chemie und Pathobiochemie
Zentrallabor
Leitung: Prof. Dr. med. A. Peter

Inst. f. Klinische Chemie und Pathobiochemie
Zentrallabor / Molekulargenetisches Labor
Prof. Dr. med. A. Peter
Hoppe-Seyler-Str. 3
72076 Tübingen

BEGLEITFORMULAR FÜR DIE MOLEKULARDIAGNOSTIK

Version gültig ab 16.04.2024
Rückfragen unter Tel: 07071 / 29-83200
Fax: 07071 / 29-5398

Interne Einsender: Anforderungen im LAURIS eingeben und Seite 2 ausfüllen!

Externe Einsender: Seite 1+2 ausfüllen, gemäß dem §8 Gendiagnostikgesetz!

Patienten - Daten: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Adresse: _____ _____	Einsender: Klinik/Station/Ambulanz/Arzt (Stempel) Ansprechpartner: _____ Wichtig, bitte Telefon-Nr. angeben Tel.: _____ Fax.: _____
--	---

Kostenübernahme: ☐ Kasse ☐ Privat

Bei GVK-Patienten wird ein Überweisungs/Abrechnungsschein benötigt und bei Privatpatienten bitte komplette Anschrift nicht vergessen.

Molekulargenetik 2,7 ml EDTA-Blut <u>Diabetes:</u> <input type="checkbox"/> MODY 2 (GCK) <input type="checkbox"/> MODY 3 (HNF-1 α) <input type="checkbox"/> MODY 5 (HNF1 β) <u>Thrombophilie</u> <input type="checkbox"/> Faktor V Leiden <input type="checkbox"/> Faktor II (Prothrombinvariante) <input type="checkbox"/> MTFHR (Methylentetrahydrofolatreduktase) <u>Stoffwechsel-Toxizität:</u> <input type="checkbox"/> DPYD Varianten (5-FU Toxizität) <input type="checkbox"/> TPMT (Thiopurin-Toxizität) <input type="checkbox"/> CYP2C19 Allel 2,3 und Allel 17 Medikation: <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Mavacamten <u>Stoffwechsel:</u> <input type="checkbox"/> ApoE <input type="checkbox"/> ApoB <input type="checkbox"/> ACE-Polymorphismus <input type="checkbox"/> Lipoproteinlipase <input type="checkbox"/> HFE-Hämochromatose <input type="checkbox"/> Kalzium-Kanal Polymorphismus <input type="checkbox"/> M.Meulengracht (Gilbert-Syndrom) <input type="checkbox"/> α 1 Antitrypsin
Klinische Angaben:
Auftrag: Hiermit bitte ich um Durchführung der Untersuchung. _____ Unterschrift des Arztes

Seite 1

Universitätsklinikum Tübingen
Anstalt des öffentlichen Rechts, Sitz Tübingen
Steuer-Nr. 86156/09402
USt-ID: DE 146 889 674
Geissweg 3
72076 Tübingen
Tel. +49 7071 29-0
www.medizin.uni-tuebingen.de

Aufsichtsrat
Dr. Hans J. Reiter (Vorsitzender)
Vorstand
Prof. Dr. Jens Maschmann (Vorsitzender)
Dr. Daniela Harsch (Stellv. Vorsitzende)
Prof. Dr. Ulrike Ernemann
Prof. Dr. Bernd Pichler
Klaus Tischler

Banken
Baden-Württembergische Bank Stuttgart:
IBAN: DE 41 6005 0101 7477 5037 93
BIC (SWIFT-Code): SOLADEST600
Kreissparkasse Tübingen:
IBAN: DE 79 6415 0020 0000 0141 44
BIC (SWIFT-Code): SOLADES1TUB



Bitte die Probe mit der Einverständniserklärung zusammen, gesondert verpackt, einsenden!

Einwilligungserklärung
zur gentechnischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

Patienten - Daten:	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m
Name:	_____	
Vorname:	_____	
Geb.:	_____	
Adresse:	_____ _____	

Bitte **nicht zutreffendes** streichen:

<input type="checkbox"/> Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.
<input type="checkbox"/> Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.
<input type="checkbox"/> Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die genetische Untersuchung eingeräumt und ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt, laborinterne Kontrollen und wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt wird.
<input type="checkbox"/> Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.
<input type="checkbox"/> Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.
<input type="checkbox"/> Ich bin mit der Weitergabe des Befundes an mit- und nachbehandelnde Ärzte einverstanden.

☐

Ich bin damit einverstanden, dass der Befund in elektronischer Form in meiner Patientenakte gespeichert wird und damit von mit- und nachbehandelnden Mitarbeitern des Universitätsklinikum Tübingen eingesehen werden kann. **(Zustimmung mit Kreuz bestätigen)**

Ort, Datum

Arztstempel

Unterschrift aufklärender Arzt

Befund geht an: Name des Arztes in leserlicher Form

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter

Bitte die Probe mit dieser Einverständniserklärung zusammen, gesondert verpackt, einsenden!