



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 16.03.2026

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>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 <input type="checkbox"/> CYP2C9 (Siponimod-Toxizität) <input type="checkbox"/> ApoE4 (Lecanemab-Toxizität)	<u>Thrombophilie</u> <input type="checkbox"/> Faktor V Leiden <input type="checkbox"/> Faktor II (Prothrombinvariante) <input type="checkbox"/> MTFHR (Methyltetra- hydrofolatreduktase)	<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"/> Calcium Sensitiver Rezeptor(CASR) <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

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:

<p>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.</p>
<p>Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.</p>
<p>Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die genetische Untersuchung eingeräumt und ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.</p>
<p>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.</p>
<p>Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.</p>
<p>Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.</p>
<p>Ich bin mit der Weitergabe des Befundes an mit- und nachbehandelnde Ärzte einverstanden.</p>

<input type="checkbox"/> 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!