



Genetische Untersuchungen (außer den im alphabetischen Verzeichnis aufgeführten Untersuchungen) werden an das

Zentrum für Humangenetik und Laboratoriumsmedizin (MVZ)
Dr. Klein, Dr. Rost und Kollegen
Lochhamer Str. 29, 82152 Martinsried

weitergeleitet.

Ein ausführliches, ständig aktualisiertes Leistungsverzeichnis kann unter **www.medizinische-genetik.de** eingesehen werden. Auf Wunsch stellen wir Ihnen gern eine gedruckte Version zur Verfügung. Die Mitarbeiter des Labors sind für fachliche Auskünfte unter der Rufnummer: **089/895578-0** erreichbar.

Hinweise zum Einsendematerial

Molekulargenetik, Immungenetik, Pharmakogenetik

Mutationssuche, Polymorphismen, genetische Marker, HLA-Typisierung 1 ml EDTA-Blut

Triple-Repeat-Erkrankungen (z. B. Fragiles X-Syndrom) optimal 3 ml EDTA-Blut, mindestens 1 ml EDTA-Blut (bei Kleinkindern und erschwerten Abnahmebedingungen)

Zytogenetik und Reproduktionsgenetik

Pränataldiagnostik Fruchtwasser (15-20 ml) steril entnommen **oder** Chorionzotten (10-30 mg)

Chromosomenanalysen 2-5 ml heparinisiertes Vollblut

Abortdiagnostik Plazenta- und fötales Gewebe (z. B. Nabelschnur, Haut) **oder** Fascia lata in steriler physiologischer NaCl-Lösung

Array-CGH 1-2 ml EDTA-Blut **oder** mind. 3 µg DNA, Mindestkonzentration 100 ng/µl

Methylierungsdiagnostik 1-2 ml EDTA-Blut

Polkörperdiagnostik* Polkörper auf Objektträger fixiert (FISH) **oder** in Spezialgefäßen (PCR)

Molekulare Onkologie

Tumorzytogenetik mind. 5 ml heparinisiertes Knochenmark **oder** ggf. 5 ml heparinisiertes Vollblut

Molekulargenetik (z. B. BCR/ABL, JAK2) 2 ml EDTA-Blut **oder** EDTA-Knochenmark

* nur nach Rücksprache mit Zentrum für Humangenetik und Laboratoriumsmedizin Dr. Klein und Dr. Rost



Hinweis zum Gendiagnostik-Gesetz

Zum 1. Februar 2010 ist das Gendiagnostik-Gesetz in Kraft getreten. Aus diesem Gesetz ergeben sich Aufklärungs- und Dokumentationspflichten, die vor der Anforderung einer genetischen Diagnostik zu beachten sind. Das Gendiagnostikgesetz gilt ausdrücklich auch für alle Untersuchungen zur Ermittlung eines pränatalen Risikos beim ungeborenen Kind. Das Gesetz unterscheidet zwischen diagnostischer und prädiktiver genetischer Untersuchung. Während für diagnostische genetische Untersuchungen eine Aufklärung des Patienten durch die verantwortliche ärztliche Person (= der behandelnde Arzt bzw. Veranlasser der Untersuchung) vorgeschrieben ist, erfordert die Vornahme einer prädiktiven genetischen Untersuchung zwingend eine genetische Beratung durch einen dafür qualifizierten Arzt.

Eine genetische Untersuchung darf erst begonnen werden, wenn dem Labor eine schriftliche oder elektronische Bestätigung über die erfolgte Aufklärung von der verantwortlichen ärztlichen Person vorliegt. Das Labor stellt für diesen Zweck Vordrucke für eine Einwilligungserklärung zur Verfügung. Eine Kopie der Einwilligungserklärung muss in der Patientenakte verbleiben.

Weitere Informationen und Formulare finden Sie im Internet-Angebot der Labore unter www.labor-augsburg-mvz.de und www.medizinische-genetik.de.

Muster einer Einwilligungserklärung

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <hr/> <p>Name, Vorname des Versicherten geb. am</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Kassen-Nr.</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Versicherten-Nr.</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Status</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Arzt-Nr.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Datum</td> </tr> </table>	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: center;">Einwilligungserklärung des Patienten zur humangenetischen Diagnostik</h3> <div style="text-align: right;"></div> <p>Inhalt des Aufklärungsgesprächs:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Faktor 5-Leiden <input type="checkbox"/> Prothrombinmutation <input type="checkbox"/> Hämochromatose <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> HLA B27 <input type="checkbox"/> HLA DQ2/DQ8 (Zöliakie-Risiko) <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum					

Hiermit bestätige ich, dass

ich von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten genetischen Untersuchung(en) aufgeklärt wurde,

mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde,

ich mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden bin,

ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Zusätzlich erkläre ich meine Einwilligung (Nicht Zutreffendes bitte streichen)

in die Aufbewahrung des Probenmaterials nach Abschluss der Analyse, damit ggf. weitere Untersuchungen nachgefordert werden können, Kontrolluntersuchungen möglich sind oder das Labor das Probenmaterial in anonymisierter Form für die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung und wissenschaftliche Zwecke (z. B. statistische Auswertungen) verwenden kann,

in die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse nicht nur an meinen behandelnden Arzt, sondern auch an mitbehandelnde Ärzte der Praxis/Einrichtung oder deren Vertreter.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Vertreters

Verantwortlicher Arzt

Urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung und Nachdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung zulässig.

Original für Labor