

Name

- weiblich
 männlich
 divers

Vorname

Straße

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Einsender (ggf. Stempel)



Laboratoriumsmedizin Dortmund

Brauhausstraße 4
44137 DortmundTel.: 0231-95 72-0
Fax: 0231-57 98 34info@labmed.de
www.labmed.de

Rückfragen an

Name

Tel-Nr.

Fax-Nr.

Mail

Rechnung

- Rechnung an Patient:in
 Überweisungsschein (Muster 10)
- ambulant S116b
 stationär/Rechnung an Einsender

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer

Anforderungsschein Hypophosphatämische Rachitis (HR)

Version 01/2024

Klinische Angaben

.....

.....

.....

Angeforderte Diagnostik mit benötigtem Probenmaterial und Hinweis zu Versand/Transport (V/T)

- Vitamin D3/1,25-Dihydroxy-Cholecalciferol** Serum: 2ml (V/T: gefroren, lichtgeschützt)
-
- Phosphat, anorganisch im Serum** Serum: 1 ml, binnen 30 min vom Blutkuchen trennen (V/T: gekühlt, nicht gefroren)
-
- Phosphat, anorganisch im Urin** 24-Std.-Urin: 5 ml (V/T: gekühlt, nicht gefroren)
-
- Phosphatase, alkalische** Serum: 1 ml (V/T: gekühlt, nicht gefroren)
-
- Calcium im Serum** Serum: 1 ml (V/T: gekühlt, nicht gefroren)
-
- FGF23-Spiegel** EDTA-Plasma: 1 ml (V/T: gefroren)
-
- PTH-Spiegel** EDTA-Blut: 2 ml, morgens nüchtern (V/T: gekühlt, nicht gefroren) oder EDTA-Plasma
-
- Molekulargenetik*
PHEX, FGF23, DMP1 Genotypisierung EDTA-Blut: 2 ml

Einverständniserklärung Patientin / Patient (siehe Rückseite)

Die angeforderte genetische Analyse unterliegt dem Gendiagnostik-Gesetz. Daher ist das Vorliegen der schriftlichen Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten (bzw. eines gesetzl. Vertreters) für die Durchführung zwingend erforderlich. Bitte verwenden Sie hierzu das Formular auf der Rückseite dieses Anforderungsscheins.

Einwilligungserklärung für genetische Diagnostik

Patientenangaben

Name, Vorname: weiblich männlich
 Geburtsdatum: schwanger: Nein Ja, SSW:
 Differenzialdiagnostik (symptomat. Patient/in) prädiktive Diagnostik/Heterozygotentest. pränatale Diagnostik
 Art des Untersuchungsmaterials: Entnahmedatum:
 genetische bzw. sonstige Vorbefunde liegen nicht vor liegen vor
 Befunde Patient/in, Familie Kopie beigelegt

Aufklärung und Einwilligungserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich entsprechend dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) durch u.g. verantwortliche/n Ärztin/Arzt aufgeklärt, informiert und ggf. humangenetisch beraten wurde:

- über die Art und den Umfang der genetischen Analyse sowie Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten Untersuchung,
- über die von mir erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Daten (gem. EU-DSGVO)
- über meinen Anspruch auf eine genetische Beratung und angemessene Bedenkzeit zur Einwilligung in die genannte Untersuchung,
- über mein Recht, diese Einwilligung bis zur Kenntnisnahme jederzeit ohne Begründung zu widerrufen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials zu verlangen sowie mein Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nicht-Wissen),
- über die reguläre Vernichtung der Untersuchungsergebnisse nach 10 Jahren,
 - ich bin mit einer längerfristigen Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse (30 Jahre) einverstanden Nein Ja *
- über die Vernichtung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung,
 - bei komplexen Fragestellungen kann eine längerfristige Aufbewahrung sinnvoll sein. Hiermit bin ich einverstanden Nein Ja *
 - (Dies beinhaltet keinen Anspruch auf Aufbewahrung.)
- dass bei Anwendung moderner Analyseverfahren ggf. auch genetische Daten erhoben, aber nicht ausgewertet werden, die nicht mit der genannten Fragestellung in Zusammenhang stehen,
- dass in Einzelfällen eventuell **Zufallsbefunde** erhoben werden können, die nicht mit der u.g. Fragestellung in Zusammenhang stehen
 - Eventuell erhobene Zufallsbefunde möchte ich erfahren (Keine Auswahl wird als „Nur, wenn...“ gewertet.):
 Nein Ja Nur, wenn sich dadurch therapeutische oder vorbeugende Konsequenzen ergeben.
 (Dies beinhaltet keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von Zufallsbefunden; bei Familienanalysen dienen die Analyseergebnisse *nicht Betroffener* nur zur Beurteilung von Varianten des Indexpatienten)

Ich bin einverstanden:

- mit der Entnahme von Probenmaterial,
- mit der angeforderten molekular- / zytogenetischen **Diagnostik zur Abklärung / bei V.a.:**
- , dass die Untersuchungsergebnisse durch u.g. verantwortliche/n Ärztin/Arzt an folgende Ärztinnen/Ärzte mitgeteilt werden dürfen:

- , dass der Untersuchungsauftrag ggf. an ein spezialisiertes Labor weitergeleitet werden darf, Nein Ja *
- , dass Probe und erhobene Ergebnisse anonymisiert für Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen verwendet werden. Nein Ja *
- , dass bei Gengruppen-Untersuchungen die Zusammensetzung der auf www.labmed.de genannten Gene für die klinische Fragestellung je nach Stand der Wissenschaft sinnvoll angepasst werden kann.

* Keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet.

Ort, Datum

Unterschrift **Patient/in** bzw. Name & Unterschrift Vertreter/in

Name/Stempel & Unterschrift verantwortliche/r **Ärztin/Arzt**