

Einsender:

Patientendaten:

Rechnung:

Kasse ambulant (Schein Muster 10)

stationär

Selbstzahler

privat ambulant

privat stationär

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG (für Selbstzahler / Kassenpatienten (ohne Überweisung) / Privatpatienten):

Ich wünsche, dass die nachfolgend aufgeführten Untersuchungen auf privatärztlicher Basis durchgeführt werden. Mir ist bewusst, dass ich für die anfallenden Kosten selbst aufkommen muss, wenn meine Versicherung die Kosten nicht oder nicht in vollem Umfang übernimmt.

(Datum/Unterschrift).....

Untersuchungsanforderung Pharmakogenetik

Klinische Angaben / geplante Therapie:

Entnahmedatum / Uhrzeit:

Unterschrift:

Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente und Proben zusammen:

- Einwilligungserklärung des Patienten gemäß GenDG und Untersuchungsanforderung
- Überweisungsschein Nr. 10 (für Kassenpatienten) bzw. Kostenübernahmeerklärung (siehe oben)
- 5 ml EDTA-Blut Röhrchen mit Patientennamen und Geburtsdatum beschriftet

Bitte beachten Sie das Dokument „Informationen für Einsender“ unter <https://immungenetik-kl.de/downloads/>

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Anforderung nach Medikament

<u>Medikament (Wirkstoff)</u>	<u>Fachgebiet/Gruppe</u>	<u>Untersuchung</u>
<input type="checkbox"/> Ziagen (Abacavir)	Infektiologie	HLA-B*57:01
<input type="checkbox"/> Amitriptylin (Amitriptylinhydrochlorid)	Neurologie/Psychiatrie	CYP2D6
<input type="checkbox"/> Azathioprin, Mercaptopurin, Thioguanin (Thiopurin)	Immunsuppression	TPMT, NUDT15
<input type="checkbox"/> Rxulti (Brexpiprazol)	Neurologie/Psychiatrie	CYP2D6
<input type="checkbox"/> Carbamazepin	Neurologie/Psychiatrie	HLA-A*31:01, B*15:02
<input type="checkbox"/> Clozapin	Neurologie/Psychiatrie	CYP2D6
<input type="checkbox"/> Clopidogrel	Hämostaseologie	CYP2C19
<input type="checkbox"/> Fluorouracil	Onkologie	DPYD
<input type="checkbox"/> Irinotecan	Onkologie	UGT1A1
<input type="checkbox"/> Lamotrigin	Neurologie/Psychiatrie	HLA-B*15:02
<input type="checkbox"/> Leqembi, Kisunla (Lecanemab, Donanemab)	Neurologie/Psychiatrie	ApoE4
<input type="checkbox"/> Camzyos (Mavacamten)	Kardiologie	CYP2C19
<input type="checkbox"/> Opiode (z.B. Tramadol, Codein)	Analgesie	CYP2D6
<input type="checkbox"/> Neo-Gilurytmal (Prajmalin)	Kardiologie	CYP2D6
<input type="checkbox"/> Propafenon	Kardiologie	CYP2D6
<input type="checkbox"/> Quetiapin	Neurologie/Psychiatrie	CYP3A4
<input type="checkbox"/> Mayzent (Siponimod)	Neurologie/Psychiatrie	CYP2C9
<input type="checkbox"/> Citalopram, Paroxetin, Sertralin (Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren)	Neurologie/Psychiatrie	CYP2D6, CYP2C19, CYP2B6
<input type="checkbox"/> Simvastatin	Kardiologie	SLCO1B1
<input type="checkbox"/> Tacrolimus	Immunsuppression	CYP3A4, CYP3A5
<input type="checkbox"/> Nolvadex (Tamoxifen)	Onkologie	CYP2D6
<input type="checkbox"/> Kimmtrak (Tebentafusp)	Onkologie	HLA-A*02:01
<input type="checkbox"/> Coumadin (Warfarin)	Hämostaseologie	VKORC1, CYP2C9

Anforderung nach Gen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ABCB1 (SNPs) | <input type="checkbox"/> DPYD (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> ApoE (SNPs) | <input type="checkbox"/> MTHFR (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP2B6 (SNPs) | <input type="checkbox"/> NUDT15 (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP2C19 (SNPs) | <input type="checkbox"/> SLCO1B1 (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP2C9 (SNPs) | <input type="checkbox"/> TPMT (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP2D6 (SNPs) | <input type="checkbox"/> UGT1A1 (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP3A4 (SNPs) | <input type="checkbox"/> VKORC1 (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP3A5 (SNPs) | |
| | <input type="checkbox"/> Weitere Gene auf Anfrage: _____ |
| <input type="checkbox"/> Thrombophilie-Panel (SNPs: FII, FV, FXII, FSAP, ATIII) | _____ |

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (Pharmakogenetik)

Name: _____ geb. _____

Ich bin in einem persönlichen Aufklärungsgespräch über die mich /die von mir betreute Person betreffende Fragestellung, mit dem vorgesehenen Einsatz der genetischen Diagnostik aufgeklärt worden.

Die genetische Untersuchung dient ausschließlich zur Steuerung der medikamentösen Therapie, der erhobene genetische Befund hat keinen eigenständigen Krankheitswert.

Auf andere genetische Merkmale wird nicht untersucht.

Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt. Es steht mir frei, die Einwilligung zu widerrufen oder auf die Mitteilung des Ergebnisses der Untersuchung zu verzichten.

Das Probenmaterial wird unmittelbar nach Abschluss der Untersuchung verworfen.

Meine personenbezogenen Daten und medizinischen Befunde werden nach den Regeln der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und der ärztlichen Schweigepflicht behandelt. Ich habe das Recht zur Löschung meiner personenbezogenen Daten, soweit sie nicht der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht unterliegen. Ich bin damit einverstanden, dass an der beauftragten medizinischen Untersuchung auch andere medizinische Labore beteiligt werden, falls dies erforderlich ist. Diese Einrichtungen unterliegen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht. Es erfolgt keine Übermittlung der genetischen Befunde in die elektronische Patientenakte.

Ich willige in die mir angebotene pharmakogenetische Diagnostik zur Therapiesteuerung bei

ein.

Ich erkläre mich gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) einverstanden mit der Zusendung des Untersuchungsergebnisses an den zuweisenden Arzt/Ärztin,

sowie ggf. an: _____

Ort, Datum

Unterschrift (Patient, gesetzlicher Vertreter)

Unterschrift des aufklärenden Arztes/Ärztin: _____