INSTITUT FÜR IMMUNOLOGIE UND GENETIK

Institut für Immunologie und Genetik GbR | Pfaffplatz 10 | 67655 Kaiserslautern

BAG Dres. Thiele / Kahlert / Heinemann
LABORATORIUMSMEDIZIN
Dr. med. Bernhard Thiele | Dr. med. Mitja Heinemann
Prof. Dr. med. Jens Verheyen | Dr. med. Katharina Brodner
HUMANGENETIK
Prof. Dr. med. Wolfram Henn | Dr. med. Anne-Karin Kahlert
Tel: 0631/31670-0 | Fax: 0631/31670-20
office@immungenetik-kl.de | www.immungenetik-kl.de

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-Blutröhrchen mit Patientennamen und Geburtsdatum beschriftet**

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

Patientenname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Anforderung nach Medikament

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

Anforderung nach Gen

☐ ABCB1 (SNPs)
☐ ApoE (SNPs)
☐ CYP2B6 (SNPs)
☐ CYP2C19 (SNPs)
☐ CYP2C9 (SNPs)
☐ CYP2D6 (SNPs)
☐ CYP3A4 (SNPs)
☐ CYP3A5 (SNPs)
☐ DPYD (SNPs)
☐ MTHFR (SNPs)
☐ NUDT15 (SNPs)
☐ SLCO1B1 (SNPs)
☐ TPMT (SNPs)
☐ UGT1A1 (SNPs)
☐ VKORC1 (SNPs)

☐ Weitere Gene auf Anfrage:

_____

☐ Thrombophilie-Panel (SNPs: FII, FV, FXII, FSAP, ATIII)

INSTITUT FÜR IMMUNOLOGIE UND GENETIK

Institut für Immunologie und Genetik GbR | Pfaffplatz 10 | 67655 Kaiserslautern
BAG Dres. Thiele / Kahlert / Heinemann

IIG HUMANGENETIK KAISERSLAUTERN
Tel.: +49 (0)631 / 31 67 0 - 0

IIG HUMANGENETIK LUDWIGSHAFEN
Tel.: +49 (0)621 / 550 066 - 60

IIG HUMANGENETIK BIRKENFELD
Tel.: +49 (0)631 / 31 67 0 – 0

IMD HUMANGENETIK WIESBADEN
Tel.: +49 (0)611 / 33 31 - 37

IMD HUMANGENETIK BAD HOMBURG
Tel.: +49 (0)611 / 33 31 - 37

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 durch diesen an: _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift (Patient, gesetzlicher Vertreter)

Unterschrift des aufklärenden Arztes/Ärztin: _____