

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-Bluttröhrchen 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</u>	<u>Fachgebiet/Gruppe</u>	<u>Untersuchung</u>
☐ Abacavir	Infektiologie	HLA-B*57:01
☐ Amitriptylin	Neurologie/Psychiatrie	CYP2D6
☐ Azathioprin, Mercaptopurin, Thioguanin	Immunsuppression	TPMT, NUDT15
☐ Brexpiprazol	Neurologie/Psychiatrie	CYP2D6
☐ Carbamazepin	Neurologie/Psychiatrie	HLA-A*31:01, B*15:02
☐ Clozapin	Neurologie/Psychiatrie	CYP2D6
☐ Colpidogrel	Hämostaseologie	CYP2C19
☐ Fluorouracil	Onkologie	DPYD
☐ Irinotecan	Onkologie	UGT1A1
☐ Lamotrigin	Neurologie/Psychiatrie	HLA-B*15:02
☐ Lecanemab	Neurologie/Psychiatrie	ApoE4
☐ Mavacamten	Kardiologie	CYP2C19
☐ Opiode (z.B. Tramadol, Codein)	Analgesie	CYP2D6
☐ Prajmalin	Kardiologie	CYP2D6
☐ Propafenon	Kardiologie	CYP2D6
☐ Quetiapin	Neurologie/Psychiatrie	CYP3A4
☐ Siponimond	Neurologie/Psychiatrie	CYP2C9
☐ Serotonin-Wiederaufnahme Inhibitoren (z.B. Citalopram, Paroxetin, Sertralin)	Neurologie/Psychiatrie	CYP2D6, CYP2C19, CYP2B6
☐ Simvastatin	Kardiologie	SLCO1B1
☐ Tacrolimus	Immunsuppression	CYP3A4, CYP3A5
☐ Tamoxifen	Onkologie	CYP2D6
☐ Tebentafusp	Onkologie	HLA-A*02:01
☐ Warfarin	Hämostaseologie	VKORC1, CYP2C9

Anforderung nach Gen

- | | |
|---|---|
| ☐ ABCB1 (SNPs) | ☐ DPYD (SNPs) |
| ☐ ApoE (SNPs) | ☐ DRD2 (SNPs) |
| ☐ COMT (SNPs) | ☐ GLP1R (SNPs) |
| ☐ CYP1A2 (SNPs) | ☐ MTHFR (SNPs) |
| ☐ CYP2B6 (SNPs) | ☐ NUDT15 (SNPs) |
| ☐ CYP2C19 (SNPs) | ☐ OPRM1 (SNPs) |
| ☐ CYP2C9 (SNPs) | ☐ PNPLA5 (SNPs) |
| ☐ CYP2D6 (SNPs) | ☐ SLCO1B1 (SNPs) |
| ☐ CYP3A4 (SNPs) | ☐ SULT4A1 (SNPs) |
| ☐ CYP3A5 (SNPs) | ☐ TPMT (SNPs) |
| | ☐ UGT1A1 (SNPs) |
| | ☐ VKORC1 (SNPs) |
| ☐ 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: _____