

MLL Münchner Leukämielabor GmbH Max-Lebsche-Platz 31 81377 München Postfach 20 14 53, 80014 München

(DAkkS

ilac-MRA

T: +49 (0)89 99017-0 F: +49 (0)89 99017-111 info@mll.com www.mll.com

Akkreditiert: DIN EN ISO/IEC 17025

MLL MVZ GmbH

Medizinisches Versorgungszentrum für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie

T: +49 (0)89 99015-0 F: +49 (0)89 99015-111 info@mll-mvz.com www.mll-mvz.com





Prof. Dr. med. Dr. phil. Torsten Haferlach, Prof. Dr. med. Wolfgang Kern, Prof. Dr. med. Claudia Haferlach

Untersuchungsauftrag Pharmakogenetik

Materialannahme:	aterialannahme: Mo bis Sa, So nach telefonischer Anmeldung		Benötigtes Untersuchungsmaterial: Peripheres Blut (3ml), Antikoagulans EDTA				
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • •					
Name, Vorname:							
Geburtsdatum: Geschlecht: $m\bigcirc w\bigcirc$		Platz für Patientenaufkleber					
Adresse:							
Kranken- versicherung:							
Gesetzlich versichert		Priv	at versichert*	\circ	Beihilfe* ○ KVB* ○ Post*		
O Stationär gesetzlich	(Rechnung an Klinik)	\circ	Stationär privat	\circ	Stationär Beihilfe/KVB/Post		
 Ambulant Überweisu 	ngsschein Muster 10 (beilegen!)	\circ	Ambulant privat	\circ	Ambulant Beihilfe/KVB/Post		
O Ambulant § 116b	Sonstige Angaben:						
• • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •				*Adresse Patient notwendig		
Material: Pe	ripheres Blut (3ml)		Datum der Materialentnahme:				
			Uhrzeit der Materialentnahme:				
	ersuchung: 5-FU-Toxizität – DPYD Genotypisierung lt. DGHO Positionspapier Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Testung						
Diagnose, Fragestellung:							
geplante pharmakogenetisch relevante Therapie:							
Anfordernde(r) Arzt/Ä mit TelNr. Durchwahl	rztin (Stempel) + Fax-Nr.:						

Bitte unbedingt unterschriebene Patienten-Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG beilegen!

Seite 1



MLL Münchner Leukämielabor GmbH MLL MVZ GmbH

Einwilligungserklärung¹ zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG

Ć	genetischer Analysen gemäß GenDG							
Г	D	Angaben zum Patienten						
	Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung	Name, Vorname:						
		Geburtsdatum: Tel.:						
		Straße:						
		PLZ, Ort:						
W G u	as Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Arilligung sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersageresellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deg. Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären. Bitte les	nden) Analysen zusätzlich eine genetische Bei utscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen d	ratung. Die Deutsch arüber hinaus, die					
•	lch habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung (und ggf. zusätzl GenDG erhalten, gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrif Klärung der in Frage stehenden Erkrankung / Störung / Diagnose	t gebe ich meine Einwilligung zu dengenetischer	n Analysen, die zur	.				
	erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahmen.* Ich hatte ausreichend	Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.	sowie zu den dafür					
•	Ich² bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse(n) an Frau / Herrn Dr.: Frau / Herrn:							
•	Ich² möchte über die Ergebnisse der genetischen Analyse nur in und meine Familie für die o.g. Frage praktisch relevant ist. Auf Ich² bitte auch um Mitteilung aller Zufallsbefunde, aus denen s	die Mitteilung von Zufallsbefunden verzichte i						
•	Der Gesetzgeber schreibt vor, dass Ihre personenbezogenen Daten und medizinischen Ergebnisse/Befunde nach 10 Jahren vollständig vernichtet werden müssen. Diese Informationen können jedoch auch danach noch für Sie oder Ihre Angehörigen (z.B. für Ihre Kinder) von großer Bedeutung sein. Mit Ihrer Einwilligung dürfen wir diese Daten auch über diegesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus³ aufbewahren. Sind Sie damit einverstanden, dass die für Sie oderlhre Angehörigen relevanten Daten / Unterlagen bis zu 30 Jahre aufbewahrt und erst dann vernichtet werden?							
•	Ich bin einverstanden, dass erhobene Daten / Ergebnisse über (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke genutz			0				
•	Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Ur wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden. chungsmaterial verwendet werden darf*.Ich wünsche die sofor entsprechend GenDG.	Bitte entscheiden Sie, ob und wie nichtverbra	uchtes Untersu-	I				
	ODER (Mehrfachnennungen möglich): Ich bin einverstanden m	it der Aufbewahrung						
	a) zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der erhobenen Ergebnisseb) und Verwendung für zukünftige neue Diagnosemöglichkeite	en für meine o.g. Fragestellung.	ja 🔾 nein (
	 Ich möchte über klinisch bedeutsame Ergebnisse informiert c) und Verwendung zum Zwecke der Qualitätssicherung, der s der Erforschung der o.g. Erkrankung und der Verbesserung genetisch bedingter Erkrankungen in verschlüsselter(pseud 	tudentischen Lehre, der Diagnostik und Behandlung	ja () nein (ja () nein (
	Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Daten für Abrechnungs:			_				
	Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jed kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersu Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschl. aller daraus nisse und Befunde verlangen kann.*	erzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder das Recht habe, Untersuchungsergebnissenicl chungsverfahren bis zurErgebnismitteilung jed	teilweisezurückziehe ht zu erfahren (Rech derzeit stoppen, die	en nt				

Unterschrift der Patientin/des Patienten/des (gesetzlichen) Vertreters*

*Angaben werden vom GenDG explizit gefordert

Bei Vertreter: Name, Anschrift



MLL Münchner Leukämielabor GmbH MLL MVZ GmbH

- ¹ Diese Einwilligungserklärung zu genetischen Analysen ist in der vorliegenden Form für den Gebrauch durch die verantwortliche ärztliche Person gedacht, welche gemäß GenDG § 9 für die Aufklärung verantwortlich ist. Werden Personen oder Einrichtungen mit einer Analyse beauftragt, muss die unterschriebene Einwilligungserklärung in Kopie an diese weiter geleitet werden.
- ² Wird das Formular von beauftragten Personen/Einrichtungen verwendet, entfallen Fragen zur Befundmitteilung und -weiterleitung, da der Versand von Berichten NUR durch die verantwortliche ärztliche Person erlaubt ist und die Befundmitteilung nur durch die verantwortliche ärztliche Person oder einen genetischen Berater erfolgen darf. Beauftragte Einrichtungen und Personen dürfen die von ihnen erhobenen Ergebnisse/Befunde NUR der verantwortlichen ärztlichen Person mitteilen.
- ³ Wird die Einwilligung für eine konkrete Aufbewahrungszeit eingeholt (z.B. für 30 Jahre), dann müssen die Unterlagen auch tatsächlich so lange aufbewahrt werden! Daher empfiehlt es sich, dieses Einverständnis nur für RELEVANTE Unterlagen einzuholen. Eine freie Verfügungsgewalt durch eine Übereignungserklärung ist nicht möglich, da Unterlagen und Ergebnisse nicht eigentumsfähig im Sinne von § 950 BGB sind.
- ⁴ Eine Übereignung verbleibenden Untersuchungsmaterials nach §950 BGB ermöglicht zwar eine freie, unkomplizierte Verfügung des Labors über restliches Probenmaterial vom Verwerfen bis zu freien Forschung, widerspricht damit aber dem Zweck des Gesetzes (§1).
- ⁵ Einrichtungen, welche nicht über eine ärztliche Verrechnungsstelle abrechnen, sollten diesen Passus aus der Einwilligungserklärung streichen.
- Wenn mit den Patienten keine anders lautenden schriftlichen Vereinbarungen über Aufbewahrung/Verbrauch restlichen Probenmaterials getroffen wurde, muss dieses unverzüglich vernichtet werden, sobald es für die Zwecke, für die es gewonnen wurde, nicht mehr benötigt wird. Wann das Material nicht mehr benötigt wird, steht nicht im Gesetz. Also ist die Bestimmung dieses Zeitpunktes in gewissem Sinne in das Ermessen des Untersuchers gestellt. Bei einer vorgeburtlichen Untersuchung könnte man u.E. diesen Zeitpunkt so definieren, dass die Untersuchung erst nach der Geburt des Kindes beendet ist, weil erst dann das Material nicht mehr für die Kontrolle der Diagnostik benötigt wird.