

Geschlecht weiblich männlich divers unbestimmt unbekannt

Adresse/ Stempel Einsender

Name, Vorname

Adresse

PLZ/ Ort

Kostenträger

 IGeL-Leistung

Kostenübernahme für die DPYD-Genotypisierung z.A. einer genetisch bedingten 5-FU-Toxizität Untersuchungsmaterial

 EDTA-Blut (Menge: 2-5 ml) Entnahmedatum _____

Anforderung

 DPYD-Genotypisierung, Bestimmung der 4-Risikoallele DPYD*2A, DPYD*13, Haplotyp B3, c.2846A>T

Kostenaufstellung der DPYD-Genotypisierung (4 Risikoallele)

Anzahl	Ziffer	Bezeichnung	Betrag	Faktor	Betrag	
1x	P+V2	Porto und Versand	4,90	1,00	4,90	
1x	80	Schriftliche humangenetische Beurteilung	17,49	1,00	17,49	
1x	95	Schreibgebühr je angefangene DIN A4 Seite	3,50	1,00	3,50	
1x	3920	Isolierung humaner DNA	52,46	1,00	52,46	
1x	3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)	29,14	1,00	29,14	
4x	3924	Identif. hum. DNA durch Hybridisierung	69,96	1,00	69,96	
1x	3925	Trennung hum. DNA mit Elektrophorese	34,97	1,00	34,97	
Gesamtbetrag:					212,42	Euro

Untersuchungsdauer: i.d.R. 7 Werktage nach Klärung der Kostenübernahme

Einwilligung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) und der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern/ Sorgeberechtigte, nach Vorgabe des GenDG darf die Untersuchung nur mit Ihrer nachfolgenden Einwilligungserklärung durchgeführt werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass

- Sie von Ihrem behandelnden Arzt über Aussage und Konsequenzen der o.g. Untersuchung umfassend aufgeklärt wurden und Sie diese Erklärungen verstanden haben.
- Ihnen bekannt ist, dass Sie Ihre Zustimmung jederzeit widerrufen und die Untersuchung abbrechen können (Recht auf Nichtwissen).
- Sie mit der Entnahme des Probenmaterials für o.g. Untersuchung einverstanden sind.
- Sie mit den Datenschutzbedingungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) einverstanden sind.
- Alle Angaben, die Sie gemacht haben, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) unterliegen und ohne Ihre ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen. Sie können diese Einwilligungserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ich erkläre mich einverstanden mit (keine Auswahl wird als Ja gewertet)

- der Aufbewahrung des Probenmaterials für weiterführende Untersuchungen zur Diagnosefindung, eventuellen Überprüfung der Ergebnisse oder Qualitätskontrolle.
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren.
- der Befundmitteilung an meinen behandelnden Arzt bzw. weitere Ärzte.
- der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern sowie der späteren Weitergabe der Befunde an folgende Familienmitglieder, falls ärztlich wichtig
- der Aufbewahrung, Eintragung und Verwendung des Untersuchungsmaterials und dessen Ergebnisse in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken.

Nein

Kostenübernahmeerklärung

Ich wünsche o.g. Diagnostik

Es ist mir bekannt, dass meine Krankenkasse eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat.

Ich wünsche dennoch die o.g. Leistung. Ich weiß, dass die Behandlung nicht erstattungsfähig ist und dass der o.g. Betrag von mir zu tragen ist.

Ort/ Datum

Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person