Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname, Adresse des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Kundennummer (AP-Nr.) o. Praxisstempel

Bitte gut sichtbar stempeln

Barcode-Etikett

Bogen

GANZIMMUN

Geschlecht

- ☐ männlich
- ☐ weiblich
- ☐ div.

Schwangerschaft

SSW ____

Untersuchung bitte ankreuzen:

- ☐ 5910 HLA-B27
- ☐ 5701 HLA-DQ2, HLA-DQ8 Zöliakie Risikogene
- ☐ 5730 Hereditäre Hämochromatose* C282Y, H63D
- ☐ 5706 Faktor V "Leiden"-Mutation
- ☐ 5707 Faktor II, Prothrombin-Mutation 2021A-Mutation
- ☐ 5720 Laktoseintoleranz LCT-Gen
- ☐ 5721 Fruktoseintoleranz Aldolase-B-Gen
- ☐ 5703 MTHFR-Gentest Hyperhomocysteinämie
- ☐ 9980 DAO-Polymorphismus Histaminintoleranz
- ☐ 8107 Gluthation-S-Transferasen (GSTM1, GSTT1, GSTP1)
- ☐ 8103 Gluthation-S-Transferase T1 (GSTT1)
- ☐ 8104 Gluthation-S-Transferase M1 (GSTM1)
- ☐ 8106 Gluthation-S-Transferase P1 (GSTP1)
- ☐ 5742 Catechol-O-Methyltransferase, COMT*
- ☐ 5714 Superoxid-Dismutase 1, SOD1*
- ☐ Sonstiges:

* in Partnerschaftslaboratorium durchgeführte Analyse

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG u. DGSVO)

Bitte beachten Sie, dass die Analyse nur bei vollständig ausgefülltem Formular durchgeführt werden kann.

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.	☐ Ja	☐ Nein
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann; dieser wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich dokumentieren. Er wird auch dem genannten Labor unverzüglich einen Nachweis des Widerrufs übermitteln.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden können.	☐ Ja	☐ Nein
Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	☐ Ja	☐ Nein
Ich möchte über ggf. erhobene Neben- und Zufallsbefunde informiert werden, wenn sie hinsichtlich meiner persönlichen Gesundheit und der meiner Blutsverwandten von Relevanz sowie therapierbar sind.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an folgende Ärzte / Personen geschickt werden: (Name + Adresse): _____ _____	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden ohne darauf Anspruch zu erheben.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung dokumentiert werden.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DNA) nicht nach gesetzlicher Vorgabe unverzüglich vernichtet, sondern für spätere genetische Untersuchungen archiviert wird. Sind diese Untersuchungen vollständig abgeschlossen, übereigne ich das verbleibende genetische Material in pseudonymisierter Form dem untersuchenden Labor zur Qualitätssicherung sowie zu Forschungszwecken.	☐ Ja	☐ Nein

Einwilligungserklärung nach DSGVO: Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) und werden ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben. Ich kann diese Einwilligungserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich zudem mit den Datenschutzbedingungen einverstanden (Informationen unter www.ganzimmun.de).

Ort, Datum

Unterschrift des/der GenDG verantwortlichen Arztes/Ärztin

Unterschrift Patient/in
ggf. aller gesetzlichen Vertreter/Sorgeberechtigten

Name des/der Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben

© MVZ GANZIMMUN FOR0098; Version 009; gültig ab 15.09.2025 · ABD 2502534 · 1002-00983

GANZIMMUN

Erich-Dombrowski-Straße 3
55127 Mainz

Tel. +49 6131 7205-0
Fax +49 6131 7205-100

www.ganzimmun.de
info@ganzimmun.de

0001 250681070016