

Stempelbereich (Freigabestempel, Eingangsstempel)

**Zuweisende Stelle** (bitte **Stempel**, alternativ Druckschrift)

Name/Klinik: .....  
Abteilung: .....  
Ort: .....  
Telefon: .....

**Kostenträger:**

Zuweisende Stelle  Patient\*in / Sonstiges (Kostenübernahmeerklärung)

**Zuweisende Ärzt\*in**

Name: .....  
Telefon: .....  
E-Mail: .....

**Angaben zur Patient\*in** (bitte **Etikett**, alternativ Druckschrift)

Nachname: .....  
Vorname: .....  
Biologisches Geschlecht:  W  M SVNR/Geburtsdatum: SVNR / tt mm jjjj  
Studie: ..... Studiennr.: .....  
EUPID: .....

**Klinische Angaben / Verdachtsdiagnose**

**Material**

PB-EDTA (E)  PB-Heparin (H)

**Abnahmedatum:**

tt mm jjjj

**Fragestellung** Benötigtes Material: H = 5 ml Heparin Blut | E = 2 ml EDTA Blut

**Primäre Immundefizienzsyndrome**

- Variables Immundefektsyndrom (CVID) (*ARHGEF1, ATP6AP1, CD19, CD27, CD81, CR2, CTLA4, ICOS, IKZF1, IL21, IL21R, IRF2BP2, LRBA, MOGS, MS4A1, NFKB1, NFKB2, PIK3CD, PIK3R1, PRKCD, PTEN, RAC2, SEC61A1, SH3KBP1, TNFRSF13B, TNFRSF13C, TNFSF12, TRNT1*) (E)
- Hyper-IgM-Immundefizienz, X-chr. (*TNFSF5*) (E)
- WHIM-Syndrom (*CXCR4*) (E)
- Wiskott-Aldrich-Syndrom (*WAS*) (E)
- X-chr. lymphoproliferative Erkrankung (XLP) (*SH2D1A, XIAP*) (E)
- Zyklische Neutropenie (*ELANE*) (E)

**Periodische Fiebersyndrome**

- Fam. Mittelmeerfieber (*MEFV*) (E)
- Period. Fiebersyndrome / Autoinflammation (*ACPS5, ADA2, ADAM17, ADAR, AP1S3, ATAD3A, CARD14, CDC42, ELANE, ELF4, IFIH1, IL1RN, IL36RN, LPIN2, MEFV, MVK, NCKAP1L, NLRC4, NLRP1, NLRP12, NLRP3, NOD2, OAS1, OTULIN, PLCG2, PMVK, POLA1, POMP, PSMB4, PSMB8, PSMB9, PSMG2, PSTPIP1, RELA, RIPK1, RNASEH2A, RNASEH2B, RNASEH2C, SAMHD1, SH3BP2, SLC29A3, STAT2, STING1, TBK1, TNFAIP3, TNFRSF1A, TREX1*) (E)

**Blutgerinnung und Hämatologie**

- Erythrozytenmembranopathien, -enzymopathien allgemein (*ANK1, EPB41, EPB42, G6PD, GPI, GYPC, KCNN4, NTS5C3A, PIEZO1, PKLR, RHAG, SLC2A1, SLC4A1, SPTA1, SPTB*) (E)
- Sphärozytose (*ANK1, EPB42, SLC4A1, SPTA1, SPTB*) (E)
- Elliptozytose (*EPB41, SPTA1, SPTB*) (E)
- Stomatozytose (*KCNN4, PIEZO1, RHAG*) (E)
- Faktor II G20210A (*F2*) (E)
- Faktor V Leiden (*F5*) (E)

**Stoffwechsel, Verdauungstrakt, Niere**

- Alport-Syndrom (*COL4A3, COL4A4, COL4A5*) (E)
- Cystische Fibrose (*CFTR*) (E)
- G6PD-Mangel (*G6PD*) (E)
- Hämochromatose (*HFE*) (E)
- Hyperbilirubinämie, Morbus Meulengracht (*UGT1A1*) (E)
- MODY (*ABCC8, APPL1, BLK, CEL, GCK, HNF1A, HNF1B, HNF4A, INS, KCNJ11, KLF11, NEUROD1, PAX4, PDX1*) (E)
- Pankreatitis, hereditär (*CFTR, CPA1, CTRC, PRSS1, SPINK1, TRPV6*) (E)
- TPMT-Defizienz (*TPMT*) (E)
- Transthyretin-Amyloidose (*TTR*) (E)
- Zöliakie (*HLA-DQ2, HLA-DQ8*) (E)

**Knochen- und Bindegewebserkrankungen**

- Achondro-/Hypochondroplasie (*FGFR3*) (E)
- Ehlers-Danlos-Syndrome (EDS) (*ADAMTS2, AEBP1, COL1A1, COL1A2, COL3A1, COL5A1, COL5A2, FKBP14, PLOD1, TNXB*) (E)
- Fam. Aortenaneurysma, inkl. LDS und MFS (*ACTA2, FBN1, MYH11, MYLK, PRKG1, TGFB1, TGFB2*) (E)
- Osteoporose, juvenil/idiopathisch (*ALPL, COL1A1, COL1A2, LRPS, PLS3, WNT1*) (E)
- Osteogenesis imperfecta (*BMP1, COL1A1, COL1A2, CRTAP, FKBP10, IFITM5, P3H1, PLS3, PPIB, SERPINF1, SERPINH1, SP7, SPARC, TMEM38B, WNT1*) (E)
- PHP/PPHP (*GNAS*) (E)

**Störungen der Sexualentwicklung, Infertilität, Kinderwunsch**

- Adrenogenitales Syndrom (*CYP21A2, CYP11B1, HSD3B2*) (E)
- Azoospermiefaktor (*AZF*) (E)
- CBAVD (*CFTR*) (E)
- Chromosomenanalyse (H)
- Kallmann-Syndrom (*ANOS1, AXL, CCDC141, CHD7, DUSP6, FEZF1, FGF17, FGF8, FGFRL1, FLRT3, GNRH1, GNRHR, HS6ST1, IL17RD, KISS1, KISS1R, POLR3B, PROK2, PROKR2, SEMA3A, SEMA3E, SOX10, SPRY4, SRA1, TAC3, TACR3, WDR11*) (E)
- Müller-Gang-Persistenzsyndrom II (*AMHR2*) (E)
- Premature Ovarian Failure (*ERCC6, FBMP15, FIGLA, FMR1, FOXL2, HFM1, HSF2BP, MSH4, NOBOX, NR5A1, STAG*) (E)
- WT1-assoziierte Syndrome (*WT1*) (E)

**Sonstiges**

- X-Inaktivierungsmuster (E)

**Andere Fragestellung/ Familiäre Mutation**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Stempel der zuweisenden Klinik

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur Durchführung einer genetischen Analyse

Ich, ..... geboren am ..... bestätige, dass ich über  
(Vor- und Nachname in Blockbuchstaben) (Tag/Monat/Jahr)

Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten genetischen Analyse aufgeklärt worden bin.

Ich bin damit einverstanden, dass an einer entnommenen Probe von mir bzw. meiner Tochter/meinem Sohn bzw. der

von mir gesetzlich vertretenen Person ..... geboren am .....  
(Vor- und Nachname in Blockbuchstaben) (Tag/Monat/Jahr)

eine genetische Analyse hinsichtlich des Verdachts/der Abklärung auf

..... durchgeführt wird.  
(Diagnose/Gen/Art der Analyse)

Der Befund ergeht schriftlich an den zuweisenden Arzt, dieser teilt mir auch das Befundergebnis mit. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung oder Teile davon jederzeit schriftlich widerrufen kann bzw. auf eine Ergebnismitteilung verzichten kann. Die Analyse erfolgt in der Regel an oben genanntem Institut. Sofern es aus technischen oder medizinischen Überlegungen oder in meinem Interesse notwendig bzw. zweckmäßig ist, kann die Analyse auch an einem anderen diagnostischen Labor im In- oder Ausland erfolgen.

Manchmal werden bei genomweiten Analysen auch genetische Varianten oder Veränderungen festgestellt, die nicht direkt mit der oben genannten Fragestellung in Zusammenhang stehen, aber aus anderen medizinischen Gründen für Vorsorge oder Therapie relevant sein könnten (sogenannte Zufallsbefunde).

- Ich wünsche die Mitteilung von Zufallsbefunden.
- Ich erlaube die Befundübermittlung zusätzlich an folgenden Arzt/Ärztin  
.....  
(Name, Fachgebiet und Adresse)
- Ich widerspreche der Dokumentation der Resultate meiner genetischen Analyse in Arztbriefen und Krankengeschichten\*
- Ich widerspreche der Dokumentation der Resultate meiner genetischen Analyse in der österreichischen elektronischen Gesundheitsakte ELGA\*
- Ich untersage die Verwendung der Ergebnisse der genetischen Analyse zur möglichen Beratung und/oder Untersuchung von Angehörigen.
- Ich bin NICHT damit einverstanden, dass überschüssiges Restmaterial in pseudonymisierter Form für Qualitätskontrollen oder Forschungszwecke verwendet wird.

\*nur bei Analysen vom Typ 2 und 3 nach GTG; Analysen vom Typ 1 dürfen immer, Analysen vom Typ 4 nie dokumentiert werden

.....  
(Ort, Datum) (Name und Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters)

.....  
(Ort, Datum) (Name und Unterschrift des aufklärenden Facharztes)

.....  
(Ort, Datum) (Name und Unterschrift des Dolmetschers)

Das Gentechnikgesetz schreibt im §69 vor, dass genetische Analysen des Typs 2-4 sowie im Rahmen einer pränatalen Untersuchung nur nach Vorliegen einer schriftlichen Bestätigung der zu untersuchenden Person/des Erziehungsberechtigten/der gesetzlich vertretenden Person durchgeführt werden dürfen, dass sie zuvor durch einen in Humangenetik/medizinischer Genetik ausgebildeten Facharzt oder einen für das Indikationsgebiet zuständigen Facharzt über deren Wesen, Tragweite und Aussagekraft aufgeklärt worden ist und aufgrund eines auf diesem Wissen beruhenden freien Einverständnisses der genetischen Analyse zugestimmt hat. Bei Pränataluntersuchungen müssen Aufklärung und Zustimmung der Schwangeren auch die Risiken des vorgesehenen Eingriffs umfassen.

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.*