

Name, Vorname							
						geb. am	
Datum							

Anforderungsschein für GUARDS (Selbstzahler)

Rechnung an Patient

(bitte beachten und Patientenadresse angeben)

Patienten-ID-Nr. DfÜ

Entnahme-Datum

Geschlecht

 W M

Indikation/Hauptdiagnose

Einsenderstempel
und Unterschrift

ANAMNESE

Allgemeine Befunde	Nähere Angaben
<input type="checkbox"/> Familiäre Belastung (z.B. Diabetes, Hypertonie, Thrombosen, Schlaganfall, Infarkt, genetische Erkrankungen, psychische Erkrankungen, Krebs)	
<input type="checkbox"/> Eigene Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, Nerven, Psyche, Aborte, Thrombosen, Krampfadern, Krebs)	
<input type="checkbox"/> Blutungs- / Thromboseneigung	
<input type="checkbox"/> Allergien (z.B. Medikamente, Chemikalien, Lebensmittel)	
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2	
<input type="checkbox"/> Gewicht und Größe	
<input type="checkbox"/> Taillen-/Hüftumfang	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck (> 140/90)	
<input type="checkbox"/> Dauermedikation (auch Hormone, Kontrazeptiva, Blutdrucksenker)	
<input type="checkbox"/> Skelettanomalien, orthopädische Erkrankungen	
<input type="checkbox"/> Chronische Erkrankungen	
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	
<input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen:	
Umweltbelastungen / Lifestyle	Nähere Angaben
<input type="checkbox"/> Berufliche Exposition: z.B. chem. Industrie, Lacke/Farben, Kraftstoffe, Schwermetalle, Stäube	
<input type="checkbox"/> Beruflich bedingte physikalische Gefahren (radioaktive Strahlung, UV-Strahlung, Magnetfelder, Elektromog)	
<input type="checkbox"/> Schichtarbeit	
<input type="checkbox"/> Freizeitbedingte Belastungen (Motorsport, UV-Belastung im Hochgebirge)	
<input type="checkbox"/> Sportart wie lange, wie oft/Woche	
<input type="checkbox"/> Genussmittel (Alkohol, Tabak, Koffein, andere Drogen)	
<input type="checkbox"/> Psychische Belastung (familiär, beruflich)	
<input type="checkbox"/> Ernährung (Fertigkost, Fleisch, Vegetarier, Vollkost, etc)	
<input type="checkbox"/> Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Mineralien	
<input type="checkbox"/> Andere Umwelt/Lifestyle bedingte Besonderheiten:	

GUARDS

Umfassende Analyse genetisch bedingter Dispositionen zu speziellen Indikationsfeldern

<input type="checkbox"/> Life guard	Genetische Disposition für altersassoziierte Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Oxy guard	Fähigkeit zur Abwehr von oxidativem Stress
<input type="checkbox"/> Vita guard	Bedarf an Vitalstoffen zur optimalen Krankheitsabwehr
<input type="checkbox"/> Toxo guard	Fähigkeit zur Entgiftung / Detoxifikation, Arzneimittel
<input type="checkbox"/> Onko guard	Neigung zu altersassoziierten Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/> Femo guard	Individuelle Gesundheitsrisiken bei Hormontherapien, Immobilisierung, Thrombophilie
<input type="checkbox"/> Meno guard	Individuelle Gesundheitsrisiken bei Hormonersatztherapien, Östrogeneinnahme, Brustkrebsrisiko* * untersucht wird nur das Risiko spontaner Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/> Cardio guard	Neigung zu altersbedingtem Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Osteo guard	Neigung zu Deformation und Fragilität der Knochen
<input type="checkbox"/> Cervix guard	Disposition für Gebärmutterhalskrebs* * bei nachgewiesener HPV-Infektion
<input type="checkbox"/> Pregno guard	Individuelle Gesundheitsrisiken während der Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> Thrombo guard	Neigung zu Thromboembolien, Abort-Risiko
<input type="checkbox"/> Immuno guard	Disposition für Entzündungen, Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates, Rheuma und Arteriosklerose
<input type="checkbox"/> Derma guard	Disposition für Hautalterungen
<input type="checkbox"/> Weitere Anforderungen:	<hr/>
<input type="checkbox"/> Gesamtkosten der ausgewählten Guards	<hr/>

Erklärung des Patienten:

Ich bestätige, dass ich über die Aussagekraft und die möglichen Konsequenzen der oben gewählten genetischen Laboruntersuchungen durch meinen Arzt / Therapeuten informiert wurde und auf der Grundlage dieser Informationen die hier angeforderten Untersuchungen gewählt habe. Ich bin einverstanden, dass der Befund an meinen Arzt / Therapeuten gesendet wird. Ich bin mir darüber bewusst, dass die von mir angeforderten Laborleistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse gehören und auch von privaten Krankenversicherungen nur in Einzelfällen übernommen werden. Ich wünsche die Laborleistungen dennoch und werde die oben genannten Kosten entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) selbst tragen.

Datum / Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes / Therapeuten

Aufklärung zur diagnostisch genetischen Untersuchung Einverständniserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Molekulargenetische Analysen ermöglichen aus der Erbsubstanz gezielt bestimmte genetische Eigenschaften festzustellen oder auszuschließen.

Genetische Dispositionsprofile sind diagnostische genetische Untersuchungen durch die abgeklärt wird, ob

- gemäß §3 Abs. 7a GenDG bei Ihnen genetische Eigenschaften vorliegen, die eine bereits bestehende Erkrankung oder gesundheitliche Störungen erklären oder zu deren Erklärung beitragen können.
- gemäß §3 Abs. 7b GenDG bei Ihnen genetische Eigenschaften vorliegen, die zusammen mit der Einwirkung bestimmter äußerer Faktoren oder Fremdstoffe eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung auslösen oder zu deren Entstehung beitragen können.

Je nach dem welche genetischen Eigenschaften in diesem Zusammenhang bei Ihnen festgestellt werden, leiten sich daraus Therapieempfehlungen ab, durch die sich Ihr Gesundheitszustand verbessern lässt oder durch die gesundheitliche Störungen vermieden werden.

Als Untersuchungsmaterial wird Ihnen entweder eine Blutprobe von 2-3 ml aus der Armvene oder Zellmaterial durch Wangenschleimhautabstriche (2-3 Wattestäbchen) entnommen. Besondere gesundheitliche Risiken sind damit nicht verbunden.

Die Entnahme einer Probe zur Gewinnung von genetischem Material geschieht freiwillig. Sie haben auch nach der Probennahme jederzeit das Recht, die Zustimmung zur genetischen Untersuchung zu widerrufen. In dem Fall wird die Untersuchung nicht fortgeführt und das Material und alle bis dahin erhobenen Ergebnisse vernichtet.

Das Labor, in dem die genetische Untersuchung durchgeführt wird, ist auch an wissenschaftlichen Auswertungen zur Verbesserung der Qualität der Untersuchung interessiert. Daher ist es wünschenswert, das Probenmaterial in anonymisierter Form aufzubewahren und gegebenenfalls weitere Untersuchungen durchzuführen. Wenn Sie dem nicht zustimmen möchten, wird nicht verbrauchtes Material nach Abschluss der für Sie erforderlichen Diagnostik vernichtet. Sollten Sie zugestimmt haben, können Sie dennoch jederzeit widerrufen.

Einverständnis:

Ich bestätige, dass ich über die diagnostische genetische Untersuchung sowie die Bedeutung der zu untersuchenden genetischen Eigenschaften für Erkrankungen und die Möglichkeiten diese zu behandeln, zu vermeiden oder vorzubeugen sowie über Art, Umfang, Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der Gendiagnostik aufgeklärt wurde. Ich bin mit der Abnahme einer Blutprobe bzw. eines Wangenschleimhautabstriches einverstanden und beauftrage das molekulargenetische Labor der Bioglobe GmbH diese Untersuchung vorzunehmen.

Patient

Vorname Name:.....
Geboren:.....
Ort Datum:

Unterschrift:

Bei meinem Kind / der von mir betreuten Person:

Vorname Name:.....
Geboren:.....

Ort Datum:

Unterschrift:

Ich bin damit einverstanden, dass der Bericht über die Ergebnisse der genetischen Analyse an meinen behandelnden Arzt oder Therapeuten gesendet wird:

Unterschrift:

Das Untersuchungsmaterial

- soll nach dem Abschluss der molekulargenetischen Diagnostik nach §13 Absatz 1 GenDG vernichtet werden.
- darf nach dem Abschluss der molekulargenetischen Untersuchung für wissenschaftliche und qualitätssichernde Maßnahmen nach §13 Absatz 2 GenDG aufbewahrt werden.

Der anonymen Verwendung des Untersuchungsmaterials für wissenschaftliche Zwecke und zur Qualitätsverbesserung

- stimme ich zu
- stimme ich nicht zu

Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung zu genetischen Untersuchungen und zur Aufbewahrung der Probe jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile widerrufen kann

Bitte senden Sie den Befund an:

- den beratenden Arzt
- und an meine Therapeutin oder Therapeuten

Ort, Datum:.....

Unterschrift:.....

Beratender Arzt (Unterschrift)

Praxisstempel