

ANFORDERUNGSFORMULAR – PRÄVENTIONSGENETIK

Persönliche Angaben / Rechnungsanschrift

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Anrede

Geschlecht (zum Zeitpunkt der Geburt)

☐ männlich

☐ weiblich

Frühere Knochenmarktransplantation?

☐ ja

☐ nein

Angaben zum aufklärenden Arzt

Befundübermittlung von Analysen, die dem Gendiagnostikgesetz unterliegen,
erfolgt an den aufklärenden Arzt.

Arztname

Straße

PLZ, Ort

Praxisstempel

Risikoscreening Tumorerkrankungen

Monogene Hochrisiko-Formen und polygene
Risikoscores (PRS^o) für Kolonkarzinom, Melanom sowie
Mamma- und Ovarialkarzinom (Frauen) /
Prostatakarzinom (Männer)



zur individuellen Risikopräzisierung

984,61€

Pharmakogenetik

PGx-Standard*
Vorhersage potenzieller Medikamentenreaktionen
22 Gene auf insgesamt 113 Varianten



563,93€

Risikoscreening Herz, Gefäß und Stoffwechsel

Monogene Hochrisiko-Formen und polygene
Risikoscores (PRS^o) für Vorhofflimmern, Bluthochdruck,
Koronare Herzerkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2



zur individuellen Risikopräzisierung

984,61€

Aging Clocks^o

Bestimmung epigenetisches Alter inkl.
verschiedener Organalter
- OMICmAge
- DunedinPace of Aging
- Symphony Age



279,00€

Umfassendes Risikoscreening

Risikoscreening Tumorerkrankungen
(monogen und PRS^o, s. o.)
Risikoscreening Herz-, Gefäß-, Stoffwechsel-
erkrankungen (monogen und PRS^o, s. o.)



1.485,86€

Komplettpaket Früherkennung Plus

Umfassendes Risikoscreening (Tumor, Herz-,
Gefäß- und Stoffwechselerkrankungen) inkl. PRS^o
+ Pharmakogenetik PGx-Standard
+ Aging Clocks



1.911,39€

Polygene Risikoscores (PRS^o) – einzeln

Mammakarzinom..... ☐ Kolonkarzinom..... ☐
Prostatakarzinom..... ☐ Koronare Herzerkrankungen..... ☐
Ovarialkarzinom..... ☐ Bluthochdruck..... ☐
Malignes Melanom..... ☐ Diabetes mellitus Typ 2..... ☐
Vorhofflimmern..... ☐



Ein PRS^o 299,77€, jeder weitere je 52,47€

Bei einer präventiven genetischen Testung werden nur Varianten mit-
geteilt, die in nationalen oder internationalen Datenbanken als krank-
heitsursächlich beziehungsweise (wahrscheinlich) pathogene Varianten
beschrieben sind. Varianten unklarer klinischer Signifikanz (VUS) werden
im Rahmen dieser präventiven Testung nicht bewertet und nicht berich-
tet. Eine Bewertung und Befundung im individuellen klinischen Kontext
und andere Leistungen normativer Vorgaben erfolgen im Rahmen
dieser präventiven Risikoeinschätzung nicht. Somit stellt die im Rah-
men dieser präventiven Untersuchung durchgeführte Analytik lediglich
eine Teilleistung innerhalb eines diagnostischen Gesamtprozesses dar.

Schriftliche Vereinbarung zur Selbstzahlerleistung

Mir ist bekannt, dass die aufgeführten und von mir gewünschten ärztlichen Leistungen und Laborleistungen des MGZ nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören. Demzufolge erstattet die gesetzliche Krankenkasse diese Leistungen nicht. Es ist auch nicht gewährleistet, dass eine Kostenerstattung durch meine private Krankenversicherung erfolgen wird. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich diese Leistungen selbst bezahlen muss, falls kein Kostenträger Erstattung leistet. Über Nutzen und Risiken habe ich mich informiert.

Ich beauftrage hiermit die Durchführung der gewählten Leistung.

Ort, Datum



Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

Anforderung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bestätige, dass oben genannter Patient gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt wurde. Die Blutprobe stammt von dem auf diesem Formular genannten Patienten, sofern Barcode-Nummer auf Blutröhrchen und Formular übereinstimmen oder der Patient eindeutig über den Namen und das Geburtsdatum auf Röhrchen und Formular identifizierbar ist.

☐ Der Patient erklärt mir gegenüber seinen Verzicht auf ein genetisches Beratungsgespräch.

Ort, Datum



Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) bin ich mit den präventiven genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderung einverstanden.
Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, verarbeitet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden.
Ich erkläre mich einverstanden mit:

der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor. ☐ Nein

der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für neue Diagnosemöglichkeiten und zur Qualitätssicherung. ☐ Nein

der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken. ☐ Nein

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Name, Vorname aufklärender Arzt

Ort, Datum



Unterschrift aufklärender Arzt



Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

Angaben zur Probe

- ☐ Trockenblutkarte (mind. 5 Spots)
- ☐ Blut, EDTA antikoaguliert (mind. 2 ml)

Entnahmedatum: _____

Probeneinsendung

Postalischer Versand an:

MGZ - Medizinisch Genetisches Zentrum
Probeneingang
Bayerstraße 3-5
D-80335 München