

## Anfrage für die Vorbereitung der genetischen Präimplantationsuntersuchung - der Partner, Verwandten

Dieses Formular ist ein Begleitdokument für die Proben von Verwandten, die analysiert werden müssen, um die PGT vorzubereiten

Persönliche Daten:	Anfordernder Arzt:
Vorname: Nachname: Geburtsdatum:  Adresse:	(Name, Adresse, Unterschrift, Stempel)
Primäre Probe:	
Peripheres Blut (5ml von nicht koaguliertem Blut in K3EDTA) Andere: _____	DNA isoliert von: _____
Datum und Uhrzeit der Probe:	Datum und Uhrzeit der Anfrage (wenn verschieden):
Klinische Angaben (ist die Person von der Erkrankung betroffen):	
Wurde die Person getestet?	JA                      NEIN      Falls JA, bitte schicken Sie den Laborbericht.
Ergebnis der genetischen Untersuchung:	
Patient, für den die PGT vorbereitet wird:	
Vor und Nachname:  Diagnose (der Erkrankung die bei der PGT untersucht wird):  Verwandtschaft der Person zum Patienten:	Geburtsdatum:
Die Person ist einverstanden mit:	
der Untersuchung der Probe Nutzung in interner/externer Qualitätskontrolle Freigabe von zufälligen Befunden	Lagerung der Probe in der DNA Bank Nutzung zu Wissenschaftlichen Zwecken verlangt die Vernichtung der Probe nach der Untersuchung
Der anfragende Kliniker bestätigt, dass der Patient die Einverständniserklärung unterschrieben hat, welche entweder in die Unterlagen gelegt oder an dieses Formular angehängt wurde.	
Die Untersuchung wird durchgeführt von: GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET, Kostelní 9/292, 170 00 Praha 7, Czech Republic, Tel.:+420 222 313 000	
Záznamy laboratore:	
Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:	Vzorek/žádanku přijal(a):

## Einverständniserklärung mit der genetischen Untersuchung

Ich stimme der genetischen Untersuchung in dem genetischen Labor von GENNET, GmbH zum Zweck von Präimplantationsdiagnostik (PGT) zu.

**Patient für den die PGT vorbereitet wird:**

**Ich wurde umfangreich über die Gründe der geplanten Untersuchungen informiert.**

Ich stimme der langfristigen Aufbewahrung von der Probe in der DNA Bank von GENNET GmbH zu.

JA       NEIN

Ich stimme der Freigabe von zufälligen Befunden zu.

JA       NEIN

Ich stimme dem Nutzen in interner/externer Qualitätskontrolle zu.

JA       NEIN

Ich stimme der Verwendung zu Wissenschaftlichen Zwecken zu.

JA       NEIN

Ich beantrage das Vernichten der Probe nach der Untersuchung.

JA       NEIN

Vor und Nachname:

Geburtsdatum:

Datum und Unterschrift der untersuchten Person (oder des gesetzlichen Vertreters):

Ich bestätige hiermit, dass ich die untersuchte Person wie oben genannt aufgeklärt habe.

Vor und Nachname des Arztes:

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_