



Bioscientia Institut für Medizinische Diagnostik GmbH |
Konrad-Adenauer-Straße 17 | D-55218 Ingelheim | Tel. 06132-781-411 |
Fax 06132-781-194 | info.genetik@bioscientia.de | bioscientia.de/genetik

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name des/der Patienten/in	
Vorname des/der Patienten/in	Geburtsdatum
Straße/Nr.	
PLZ/Ort	
Land	
Tel.	Patienten-Nr.

Arztstempel und Unterschrift	Barcode
------------------------------	---------

Die europäische Arzneimittelagentur (EMA) empfiehlt gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sowie der deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) vor dem Beginn der Behandlung mit 5-Fluorouracil-haltigen Arzneimitteln den Genotyp bezüglich eines DPD-Mangels zu bestimmen. Hintergrund ist ein erhöhtes Risiko für eine schwere Toxizität von 5-Fluorouracil-haltigen Arzneimitteln und ihren Vorstufenpräparaten bei Patienten mit partiellem oder vollständigem DPD-Mangel. Bei Patienten mit vollständigem DPD-Mangel ist die Therapie kontraindiziert. Bei Patienten mit partiellem DPD-Mangel ist eine reduzierte Anfangsdosis zu erwägen. Zum Nachweis eines DPD-Mangels wird derzeit die Untersuchung der 4 häufigsten, funktionell relevanten DPYD-Genvarianten empfohlen: DPYD*2A (c.1905+1G>A), DPYD *13 (c.1679T>G), der Polymorphismus c.2846A>T sowie der HaplotypB3 (c.1236G>A).

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz

Ich wurde durch meinen behandelnden Arzt: _____ über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung aufgeklärt. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Blut-/ Gewebeentnahme und für die Durchführung der genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderung bzw. zur Klärung der o.g. klinischen Fragestellung. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Bereits mitgeteilte Ergebnisse unterliegen der 10-jährigen Aufbewahrungsfrist und können selbst auf Wunsch der untersuchten Person nicht vor deren Ablauf vernichtet werden. Ich bin damit einverstanden, dass Daten für Abrechnungszwecke an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergegeben werden. Falls erforderlich, kann der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Mir ist bekannt, dass sich die Befundung auf die Veränderungen beschränkt, die in einem direkten Zusammenhang mit der klinischen Indikation/Diagnose stehen.

Mir ist bekannt, dass ich alle getätigten Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum: _____ Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des(gesetzlichen Vertreters): _____

Eine Einwilligungserklärung mit Zustimmung zu den obengenannten Unterpunkten liegt mir vor.

Ort, Datum: _____ Unterschrift des/r behandelnden Arztes/Ärztin: _____