



Kontaktformular/Anmeldung zur genetischen Beratung

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
Telefonnummer(n): _____
E-Mail: _____
Krankenversicherung: _____
Behandelnder Arzt: _____
Fragestellung: _____

Liegen Ihnen bereits genetische Befundberichte vor? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, bitte Kopie zusenden.

Bei Frauen:
Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Ja, letzte Periode am: _____ ☐ Nein

- ☐ Mir ist bekannt, dass ich zum Termin mitbringen muss:
- Überweisungsschein (Formular 06, Mit-/ Weiterbehandlung)
 - Versichertenkarte
- Ansonsten werden mir die erbrachten Leistungen privat in Rechnung gestellt.

- ☐ Ich möchte, dass
- Inhalte des Beratungsgesprächs
 - alle erhobenen Befunde
- an meinen behandelnden Arzt übermittelt werden.
Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

- ☐ Ich erteile keine Einwilligung zur Übermittlung von humangenetischen Beratungsinhalten oder Befunden.

Wünschen Sie, dass der Termin per Videosprechstunde stattfindet?

☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, werden folgende Dokumente benötigt:

- Einverständniserklärung zur Videosprechstunde, siehe umseitig
- Überweisungsschein (Muster 06, Mit-/ Weiterbehandlung) an Facharzt für Humangenetik

Sie kommen zur Beratung in eine Praxis, die Beratungstermine nach dem Bestellsystem vergibt.
Dadurch werden lange Wartezeiten vermieden.

**Wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können,
bitte mindestens 24 Stunden vorher absagen.
Falls die Absage nicht innerhalb dieser Zeit erfolgt,
kann Ihnen der Terminausfall in Rechnung gestellt werden
(Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)).**

Die Informationen über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten wurden zur Kenntnis genommen
(Art. 13, 14 EU-Datenschutzgrundverordnung).

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter/Erziehungsberechtigter