

KONTAKTFORMULAR HUMANGENETISCHE BERATUNG



**LABORATOIRE NATIONAL DE SANTE
NATIONAL CENTER OF GENETICS**

1, rue Louis Rech
L-3555 Dudelange
ncg-cligen@lns.etat.lu
Formulaire disponible sous www.lns.lu

Sehr geehrte/r Frau, Herr, Sie bitten um Unterstützung im Bereich der medizinischen Genetik. Um Ihre Anfrage bestmöglich beantworten zu können, danken wir Ihnen für die Beantwortung der folgenden Fragen und die Rücksendung der folgenden Dokumente an uns:

- **Ausgefüllter Fragebogen**
- **Ihre Überweisung (Facharzt)**
- **Ein ausführlicher medizinischer Bericht über Sie (z.B. letzte Arztbriefe)**
- **Falls vorhanden, die Ergebnisse von Gentests, die bei Ihnen oder Ihren Verwandten durchgeführt wurden**

Nach Erhalt aller dieser Unterlagen werden Sie zeitnah kontaktiert, um Ihnen genetische Unterstützung anzubieten. Das Fehlen der angeforderten Dokumente führt zu einer Verzögerung der Bearbeitung Ihrer Anfrage. Bitte senden Sie Ihre Unterlagen per E-Mail an: ncg-cligen@lns.etat.lu

VERSICHERUNG <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> Andere/Weitere:	Familienname Vorname Geburtsdatum(TT/MM/JJ): Matricule
SPRACHE: <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Andere:	Adresse Tel Email

Sind Sie zurzeit schwanger? JA NEIN Wenn ja, wie lautet der errechnete Geburtstermin (TT/MM/JJ):
Im Falle einer bestehenden Schwangerschaft sollte das Einholen dieser Informationen nicht zu einem Verzug Ihrer Anfrage führen. Daher bitten wir Sie, uns in diesem Fall dieses Formular auch ohne zusätzliche Informationen zu Ihnen oder Ihren Familienangehörigen schnellstmöglich zurückzuschicken. Die weiteren Informationen bitten wir Sie uns zu einem späteren Zeitpunkt, jedoch nach Möglichkeit vor dem Beratungstermin, zukommen zu lassen.

Ist die Erkrankung, die Sie zu einer Konsultation veranlasst, in Ihrer Familie bekannt? Falls ja, um welche Erkrankung handelt es sich?

 In welcher Beziehung stehen Sie zur betroffenen Person?

 Wie lautet die Identität der betroffenen Person (Vorname, Nachname, Geburtsdatum)?

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die humangenetische Abteilung des LNS auf Gesundheitsdaten zu meiner Person, sowie zu minderjährigen und volljährigen Personen unter meinem Sorgerecht bzw. unter meiner Vorsorgevollmacht, zugreifen darf, welche medizinischem Fachpersonal oder Gesundheitsinstitutionen im In- und Ausland vorliegen, sofern diese für eine humangenetische Beratung und Beurteilung relevant sein können. Ebenso erkläre ich mich einverstanden, dass diese Informationen bei Bedarf bereits vor einem Beratungstermin eingeholt werden dürfen. Des Weiteren autorisiere ich die humangenetische Abteilung des LNS einen fachärztlichen Bericht meines behandelnden medizinischen Fachpersonals anzufordern, sofern mir zum Zeitpunkt dieser Anfrage kein entsprechender Bericht vorliegen sollte.

Ort : Datum : Unterschrift :

CADRE RESERVE LNS XU – U – ClinG – PN – PC – CG OncoU – OncoInt – Onco WL AS – VC – GJ – RD – AH – BK – DB Glims N°:	<div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> ETIQUETTE </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">DATE</th> <th style="width: 50%;">ACTION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">Reception</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DATE	ACTION		Reception				
DATE	ACTION									
	Reception									

[CLINGEN-AS1-FOR-02564] [GER] (B) ; v1