



# Einverständniserklärung

**Patient/in**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hier bitte sorgfältig das Barcode-Etikett  
einkleben!

Die geplante(n) Gen-Analyse(n) bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Faktor V „Leiden“-Mutation	<input type="checkbox"/> Prothrombin-Mutation (20210A-Mutation)
<input type="checkbox"/> Hereditäre-Hämochromatose, C282Y, H63D, S65C	<input type="checkbox"/> Lactase-Genetest, C/T-13910, G/A-22018
<input type="checkbox"/> MTHFR-Genetest (Hyperhomocysteinämie) C677T Polymorphismus	<input type="checkbox"/> PAI-1-Genetest (Plasminogen-Aktivator-Inhibitor-1), 4G/5G Polymorphismus
<input type="checkbox"/> Alpha-1-Antitrypsin-Mangel Pi-Gen Polymorphismus (PiS- und PiZ-Allele)	<input type="checkbox"/> ApoE-Genotypisierung (Typ III-Hyper-lipidämie), ApoE-2/3/4-Polymorphismus
<input type="checkbox"/> HLA-B27	<input type="checkbox"/> Fruktose-Genetest
<input type="checkbox"/> HLA-DR4	<input type="checkbox"/> BCR-ABL
<input type="checkbox"/> JAK V617F	<input type="checkbox"/> fetaler Rh-Faktor
Sonstiges:	

\*bitte eine EDTA-Monovette/Vacutainer entnehmen

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte/n Untersuchung/en und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelten Arzt widerrufen kann; dieser wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich dokumentieren. Er wird auch dem genannten Labor unverzüglich einen Nachweis des Widerrufs übermitteln.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden können.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich möchte über ggf. erhobene Neben- und Zufallsbefunde informiert werden, wenn sie hinsichtlich meiner persönlichen Gesundheit und der meiner Blutsverwandten von Relevanz sind.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse auch an folgende Ärzte/Personen geschickt werden (Name & Adresse): _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden ohne darauf Anspruch zu erheben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung dokumentiert werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DNA) nicht nach gesetzlicher Vorgabe unverzüglich vernichtet, sondern für spätere genetische Untersuchungen archiviert wird. Sind diese Untersuchungen vollständig abgeschlossen, übereigne ich das verbleibende genetische Material in anonymisierter Form dem untersuchenden Labor zur Qualitätssicherung sowie zu Forschungszwecken.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patient/in,  
ggf. Erziehungsberechtigte/r; gesetzliche/r Vertreter/in

\_\_\_\_\_  
Name (Druckbuchstaben) des/der  
verantwortlichen Arztes/Ärztin gemäß GenDG

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin  
gemäß GenDG