LABORDIAGNOSTIK MITTELHESSEN	Formblatt **Einwilligungserklärung zur humangenetischen Diagnostik**

Hiermit gebe ich _____, geb. am _____

wohnhaft in _____ mein Einverständnis, dass eine

molekulargenetische / zytogenetische Analyse zur Abklärung der Verdachtsdiagnose bzw. eine prädiktive genetische Analyse zur Abklärung des Trägerstatus hinsichtlich (bitte ankreuzen)**:**

☐ Faktor-V-Leiden ☐ Faktor II / Prothrombin ☐ Lactose – Intoleranz

☐ HLA-B27 ☐ Hämochromatose / HFE ☐ JAK 2

☐ _____

-weitere genetische Indikation/Untersuchung eintragen-

☐ bei mir

☐ bei meiner Tochter / meinem Sohn _____

geboren am _____ **durchgeführt wird**.

Ich wurde über die zu untersuchende Krankheit, bzw. Anlageträgerschaft informiert. Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Analyse bin ich aufgeklärt worden. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt auf die oben genannte Verdachtsdiagnose und lässt keine Aussage über andere Erkrankungen zu.

Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt. Es steht mit frei, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen und/oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

Mit der Erfassung, Auswertung der persönlichen Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes, des Gendiagnostikgesetzes, auch über elektronische Datenverarbeitung (EDV) bin ich einverstanden.

Ich bin zudem damit einverstanden,

- dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses oder für spätere Untersuchungen in meiner Familie aufbewahrt wird.
- dass überschüssiges Probenmaterial anonym auch für genetische Zwecke (z.B. Kontrollen) verwendet werden darf.
- dass die Ergebnisse der Untersuchungen im Labor bzw. in der Arztpraxis über die gesetzliche Frist (10 Jahre) hinaus aufbewahrt werden (damit ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen).
- dass die Ergebnisse der Untersuchungen auch weiterbehandelnden Ärzten und/oder folgenden Personen zu Verfügung gestellt werden: _____

-Nichtzutreffendes ggf. bitte streichen-

Ort; Datum _____

Unterschrift _____
Patient /gesetzlicher Vertreter

Praxisstempel:

Unterschrift der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes

	erstellt/aktualisiert	freigegeben
Name, Datum	Carolin Kornmann, 07.08.2017	Aysun Yildiz, 07.08.2017