



29. Apr 2014

## **Einwilligungserklärung zur Durchführung einer humangenetischen Diagnostik**

Hiermit gebe ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_ mein Einverständnis, dass eine

- molekulargenetische / zytogenetische Analyse zur Abklärung der Verdachtsdiagnose
- bzw. eine prädiktive genetische Analyse zur Abklärung des Trägerstatus hinsichtlich

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Faktor-V-Leiden      | <input type="radio"/> Faktor II / Prothrombin |
| <input type="radio"/> HLA-ABC, -DR, -DQ    | <input type="radio"/> Hämochromatose / HFE    |
| <input type="radio"/> Lactose – Intoleranz | <input type="radio"/> JAK 2                   |
| <input type="radio"/> _____                |   |

weitere genetische Untersuchungen

- bei mir
- bei meiner Tochter / meinem Sohn \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ durchgeführt wird.

Ich wurde über die zu untersuchende Krankheit, bzw. Anlageträgerschaft informiert. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt auf die oben genannte Verdachtsdiagnose und lässt keine Aussage über andere Erkrankungen zu. Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Analyse bin ich aufgeklärt worden. Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt. Es steht mir frei, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen und / oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnis Abstand zu nehmen.

Ich bin  einverstanden  nicht einverstanden,

dass verbleibendes genetisches Material (DNA) zum Zwecke einer Nachprüfbarkeit des Ergebnisses aufbewahrt wird.

Regelhaft wird das Untersuchungsergebnis ausschließlich der / dem zuweisenden Ärztin / Arzt mitgeteilt.

Ort; Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Patient /bei Minderjährigen / Sorgeberechtigter

Praxisstempel

Unterschrift der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes