

Einwilligungserklärung

zur genetischen Untersuchung
gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Patient/in

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Abzuklärende Fragestellung (bitte ankreuzen und/oder vermerken):

- ☐ **Faktor-V-Leiden-Gen-Mutation (G1691A)**
- ☐ **Faktor-II-(Prothrombin-)Gen-Mutation (G20210A)**
- ☐ **Hämochromatose / HFE**
- ☐ **Laktose-Intoleranz-Genotyp**
- ☐ **HLA-B27**
- ☐ **MTHFR**
- ☐ **DPD-Mutation**
- ☐ **Bestimmung des kindlichen Rhesusfaktor D aus mütterlichem Blut**
- ☐ **a-Galaktosidase**
- ☐ **PAI-1 Polymorphismus 4G/5G**
- ☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung, aufgeklärt wurde,
- ich der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zustimme,
- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde und
- ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und für qualitätssichernde Maßnahmen inkl. Methodenentwicklungen bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann (Übereignungsverfügung nach §950 BGB), dass ggf. der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird und dass die Untersuchungsergebnisse über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden können und dass die Untersuchungsergebnisse meinem Arzt (s. Überweisungsschein) mitgeteilt werden.

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Einsender (Stempel) – Unterschrift

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Patienten/in
ggf. Erziehungsberechtigte(r) / gesetzliche(r) Vertreter/in