Bitte Einwilligungserklärung (Original) mit Probe an das Labor senden

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

für die Durchführung einer humangenetischen Analyse
gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Name; Vorname: _____

Geb. Datum: ____.____._____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Einsender (Stempel)

☐ Faktor V Leiden - Genmutation bzw./und Faktor II / Protrombin - Genmutation (G20210A)

☐ MTHFR - Genotyp ☐ ApoE - Genotyp

☐ HFE - Genotyp (Hereditäre Hämochromatose) ☐ HLA-B27 molekulargenetisch

Sonstige genetischen Analysen:

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass im Rahmen einer genetischen Untersuchung obige Analysen

☐ aus der/dem von mir

☐ aus der/dem von meinem Kind _____, geb. am ____.____._____

☐ aus der/dem von mir betreuten Person _____, geb. am ____.____._____

am ____.____._____ entnommenen Blutprobe/Wangenabstrich durchgeführt wird.

- Ich wurde über die zu untersuchende Krankheit bzw. Anlagenträgerschaft von meinem behandelnden Arzt informiert. Über Umfang, Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung bin ich aufgeklärt worden und mir wurde ausreichend Bedenkzeit eingeräumt. Auch Art und Zweck der Analyse sind mir bekannt, ebenso die Aussagekraft des Ergebnisses.

- Es steht mir frei, diese Einwilligung jederzeit gegenüber meinem behandelnden Arzt zu widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen; die bis dahin erbrachten Leistungen dürfen abgerechnet werden.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe zusammen mit dieser Einwilligungserklärung und den notwendigen personenbezogenen Daten an ein medizinisches Fachlabor geschickt wird. Sollte zur Diagnosefindung die Weiterleitung an ein anderes spezialisiertes Fachlabor erforderlich sein, bin ich auch damit einverstanden. In jedem Fall wird vom durchführenden Labor ausschließlich die oben genannte Analyse vorgenommen. Das durchführende Labor unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und wird das Untersuchungsergebnis nur dem behandelnden Arzt übermitteln, der den Auftrag zur Durchführung der Analyse erteilt hat.

Ich bin mit der **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

Ich bin mit der **Aufbewahrung des Probenmaterials** für Überprüfungen oder Qualitätskontrollmaßnahmen ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift Patientin/Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

_____
Unterschrift behandelnde(r) verantwortliche(r) Ärztin/Arzt