

## Einwilligung zur genetischen Untersuchung



### Hämostasikum München

Priv.-Doz. Dr. med. Christian M. Schambeck

Laborarzt, Hämostaseologie

Haderunstr. 10, 81375 München

Tel.: 089 – 520 4616-0

Fax: 089 – 520 4616-16

E-Mail: info@haemostasikum.de

Filiale Regensburg

Hildegard-von-Bingen-Str. 1, 93053 Regensburg

Tel.: 0941 – 20 60 30 40

In Kooperation mit

Schwerpunktpraxis und Tagesklinik für  
Hämatologie und Onkologie Dres. Dengler und Kröber

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

*Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und Einwilligung der Patienten. Die Untersuchung darf erst nach Vorliegen der schriftlichen Einwilligung des Patienten begonnen werden.*

*Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:*

Gewünschte genetische Untersuchung: <input type="checkbox"/> Faktor-V-Leiden Mutation (1691G-A) <input type="checkbox"/> Prothrombin G20210A-Polymorphismus <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Über die genetischen Grundlagen der Erkrankung sowie die Aussagekraft, Grenzen und möglichen Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung einschließlich der mit der Blutentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden mir beantwortet.	

Das GenDG erlaubt die Versendung des Befundes nur an den Arzt, welcher die genetische Untersuchung veranlasst hat. Wenn Sie möchten, dass auch weitere, mitbehandelnde Ärzte den Befund bekommen, brauchen wir hierfür Ihre Zustimmung. <b>Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der genetischen Untersuchung auch an folgende mitbehandelnde Ärzte geschickt werden:</b>  Frau/Herrn Dr.: _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--

Das GenDG schreibt vor, dass genetische Untersuchungsergebnisse nach 10 Jahren vernichtet werden. Häufig sind diese Ergebnisse aber auch später noch wichtig für Ihre Kinder oder Enkelkinder. <b>Ich bin einverstanden, dass meine Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke eventueller späterer Beratungen/Untersuchungen meiner Familie aufbewahrt werden.</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--

<b>Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse dieser genetischen Untersuchung für die Beratung/Untersuchung folgender Angehöriger genutzt werden:</b>  _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--

<b>Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich die eingeleitete Untersuchung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	--

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genetischen Analyse für die o.g. Fragestellung und zu der erforderlichen Blutentnahme.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters \_\_\_\_\_