

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse

(gemäß Gendiagnostikgesetz - GenDG)

Hiermit erkläre ich **meine Einwilligung**, dass

- bei mir bzw.
- bei meinem von mir als Erziehungsberechtigtem vertretenen Kind geb.

folgende genetische Analyse

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> α -1-Antitrypsin-Genotypisierung | <input type="checkbox"/> Hämochromatose-Genmutation (HFE-Genmutation) |
| <input type="checkbox"/> Apo-B-100-Genmutation | <input type="checkbox"/> HLA B27-Nachweis |
| <input type="checkbox"/> Apo E-Genotypisierung | <input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz (T/C-13910-Polymorphismus) |
| <input type="checkbox"/> Faktor II-Genmutation (Prothrombin-Genmutation) | <input type="checkbox"/> MTHFR-Genmutation |
| <input type="checkbox"/> Faktor V-Leiden-Genmutation (APC-Resistenz) | <input type="checkbox"/> andere: |

durchgeführt wird.

Mit der Entnahme der hierzu erforderlichen Untersuchungsprobe (Blut / Schleimhaut-abstrich) bin ich einverstanden.

Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und mögliche Tragweite der genetischen Analyse aufgeklärt. Ich hatte eine ausreichende Bedenkzeit und die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

Es steht mir frei, die Einwilligung zu jeder Zeit zu widerrufen oder von der Mitteilung des Ergebnisses Abstand zu nehmen.

Ich bin einverstanden, dass die genetische Probe auch für andere medizinisch erforderliche Laboruntersuchungen eingesetzt werden darf (andernfalls bitte streichen).

Ich bin einverstanden, dass die genetische Probe für Qualitätsmaßnahmen im Labor eingesetzt werden darf (andernfalls bitte streichen).

Patient (Name, Vorname).....

wohnhaft
.....

Ort, Datum

Unterschrift

Einsendender Arzt:

Praxisstempel, Unterschrift