

ILHT

Patientendaten	
Name	_____
Geburtsdatum	_____
Adresse	_____

Arztstempel/Klinik

Einwilligungserklärung

zur Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich erkläre mich einverstanden, dass aus dem mir / meinem Kind entnommenen Untersuchungsmaterial die Erbsubstanz DNA isoliert und eine genetische Untersuchung zur Abklärung folgend genannter Erkrankung/ Fragestellung durchgeführt wird:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung / Thromboseneigung | <input type="checkbox"/> Hämochromatose |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Laktose-Intoleranz |
| <input type="checkbox"/> HLA-B27-Merkmal | <input type="checkbox"/> _____ |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich von der verantwortlichen ärztlichen Person über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Untersuchung aufgeklärt wurde.
- ich mit der Probennahme und Durchführung der genetischen Untersuchung zur Abklärung der oben genannten Fragestellung einverstanden bin.
- ich mich jederzeit im Rahmen einer genetischen Beratung über eine mögliche Erkrankung bzw. Ergebnis und Aussagekraft der genetischen Untersuchung informieren kann.
- ich darüber informiert wurde, dass das Probenmaterial ausschließlich für die oben angeführte Untersuchung verwendet wird. Das Probenmaterial wird unverzüglich vernichtet, sobald dieses nicht mehr benötigt wird oder ich meine Einwilligung widerrufe.
- ich darauf hingewiesen wurde, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Erkenntnisse verlangen kann.
- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte genetische Untersuchung eingeräumt wurde, ich habe derzeit keine weiteren Fragen.

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass

(bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • überschüssiges Untersuchungsmaterial zum Zweck der Überprüfung der Ergebnisse bzw. möglicher weiterführender genetischer Untersuchungen bis auf Widerruf archiviert wird. | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • die Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus archiviert werden. | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • das Ergebnis der genetischen Untersuchung mir persönlich und dem verantwortlichen Arzt mitgeteilt wird. | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • darüber hinaus folgende Personen über das Ergebnis der genetischen Untersuchung informiert werden (z. B. mitbehandelnder Arzt, Hausarzt etc.) | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| • meine genetische Probe durch das Labor des Klinikums, bei Bedarf auch von weiteren Speziallabors auf den Untersuchungsgegenstand hin analysiert wird und auch meine hierfür erforderlichen, personenbezogenen Daten mit übermittelt werden. | ja | nein |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

Dateipfad:	I:\SHARES\Akkreditierung\Einwilligungserklärung\gültig\Genpolymorphismen Einwilligungserklärung_Version 3.0.doc				
erstellt:	Dr. Nögler, D. (Akad.)	Version:	3.0	Seite:	Seite 1 von 1
Erstelldatum:	02.05.2022	überarbeitet/geprüft:	M.Sc. Urban, A. (QMB)	freigegeben:	Dr. Winteroll, S. (OÄ)
		Datum:	02.05.2022	Freigabedatum:	02.05.2022