

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Durchführung einer genetischen Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz durch das Labor Enders

Vorgesehene Untersuchung:

- Genotypisierung Faktor V und/oder Prothrombin-Mutation
- Andere Genanalyse: _____
- Vorgeburtliche Risikoanalyse auf das Vorliegen einer Chromosomenstörung beim Kind

Ziel einer vorgeburtlichen Risikoanalyse ist das Ermitteln der Wahrscheinlichkeit, mit der eine Trisomie 21, 13 oder 18 bei Ihrem Feten vorliegt. Es handelt sich bei dieser Untersuchung nicht um eine Untersuchung des Erbguts Ihres Kindes.

Patientendaten:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße	PLZ/Ort
--------	---------

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung bei mir oder bei meinem minderjährigen Kind. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert, auch wurde mir eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.

Nachdem die nachfolgenden Fragen mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie bitte diese durch das Ankreuzen mit Ja oder Nein:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Ärzte ebenfalls eine Befundmitteilung erhalten:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ort	Datum	Unterschrift der Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters
-----	-------	---

(Name des aufklärenden Arztes)	Unterschrift des aufklärenden Arztes
--------------------------------	--------------------------------------