

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	
geb. am	
Straße	
PLZ / Ort	

Vorgesehene Untersuchung

- Faktor V-Leiden-Mutation (G1691A)
- Prothrombinmutation (G20210A)
- Antithrombin
- Thrombophilieabklärung
- Fetaler Rhesusfaktor D
- Hämochromatose (HFE-Gen)
- Laktoseintoleranz
- DPD (5-FU-Therapie)
- HLA-DQ2 & HLA-DQ8 (Zöliakie)
- HLA-B*27 (M. Bechterew)
- HLA-B*57 (vor Abacavir)
- Familiäres Mittelmeerfieber
- UGT1-A1 (M. Meulengracht)
- PAI-1-Polymorphismus (4G/5G)
- MTHFR-Mutation (C677T)
- Hereditäre Fructoseintoleranz
- _____

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 und dass ich die Vernichtung des Untersuchungsmaterials und aller bis dahin erhobenen Ergebnisse verlangen kann. Über das Recht auf Nichtwissen wurde ich informiert. Ich habe alle bis dahin entstandenen Analysekosten zu tragen.

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 anonymisiertes Probenmaterial zum Zwecke der internen Qualitätssicherung verwendet 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 können. | <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 des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

(Name des aufklärenden Arztes)

Unterschrift des aufklärenden Arztes