

Patientendaten hier aufkleben

V 3.0 (2024)

**EINWILLIGUNG
IN DIE DURCHFÜHRUNG VON HUMANGENETISCHEN UNTERSUCHUNGEN
(zum Verbleib in der Akte - Kopie an den Patienten/die Patientin)**

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Durchführung genetischer Untersuchungen (molekulargenetische Analyse, Laboruntersuchung mit genetischer Fragestellung) zur Abklärung der Verdachtsdiagnose „Gerinnungsstörung“ bzw. des Trägerstatus eines Polymorphismus

- im Faktor V-Gen, Faktor II-Gen
 und/oder folgendem Gen: _____

- bei mir
 bei meiner Tochter/bei meinem Sohn*. [** nicht Zutreffendes streichen*]

Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt auf die oben genannte Verdachtsdiagnose „Gerinnungsstörung“. Ich wurde über die Bedeutung dieser Untersuchung, die Probenentnahme und die zu untersuchende Erkrankung/Veranlagung ausführlich und verständlich von meinem Arzt/meiner Ärztin informiert. Ich wurde auch über gesundheitliche Risiken, die mit der Kenntnis des Untersuchungsergebnisses und der Probengewinnung verbunden sind, aufgeklärt. Ich wurde auch über die vorgesehene Verwendung der genetischen Untersuchungsprobe sowie der Untersuchungsergebnisse informiert. Mir wurde ausreichend Bedenkzeit eingeräumt. Nach dem Aufklärungsgespräch habe ich zunächst keine weiteren Fragen mehr. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass

- die Ergebnisse der Untersuchungen sowie eventuell verbleibendes Probenmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit 10 Jahre aufbewahrt werden;
- die Ergebnisse der Untersuchungen an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte weitergegeben werden;
- aus dem verbleibenden Probenmaterial bei Bedarf weitere Analysen zur Abklärung der Verdachtsdiagnose „Thrombophilie“ durchgeführt werden dürfen;
- aus dem verbleibenden Probenmaterial nach Anonymisierung (Entfernung der Probenkennzeichnung) Analysen für Qualitätskontrollen durchgeführt werden dürfen;
- verbleibendes Probenmaterial in anonymisierter Form im Rahmen von Studien an Dritte abgegeben werden darf.

Es steht mir frei, diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen oder von der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse Abstand zu nehmen.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin

Name und Unterschrift Arzt/Ärztin