

**Patienten-Etikett aufkleben!**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
geb.: \_\_\_\_\_  
Pat.-ID.: \_\_\_\_\_  
Fall-Nr.: \_\_\_\_\_  
Station: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_



**UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
GIESSEN UND MARBURG**

**Institut für Laboratoriumsmedizin  
und Pathobiochemie,  
Molekulare Diagnostik  
Standort Marburg  
Direktor: Prof. Dr. med. Harald Renz**

## **EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

### **zur Durchführung humangenetischer Analysen**

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Durchführung genetischer Analysen (molekular- und zytogenetische Analysen sowie Labor-Untersuchungen mit genetischer Fragestellung) zur Abklärung der Verdachtsdiagnose bzw. des Trägerstatus einer/eines

\_\_\_\_\_ [Diagnose, Analyse]

- ☐ bei mir.  
☐ bei meiner Tochter / bei meinem Sohn.  
☐ bei der von mir betreuten Person.

Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt auf die oben genannte Verdachtsdiagnose. Ich wurde über Bedeutung und Aussagekraft dieser genetischen Untersuchung, über die Probenentnahme und die zu untersuchende Krankheit bzw. Anlageträgerschaft informiert. Ich wurde auch über gesundheitliche Risiken, die mit der Kenntnis des Untersuchungsergebnisses und der Probengewinnung verbunden sind aufgeklärt (bei Schwangeren auch gesundheitliche Risiken der vorgeburtlichen genetischen Untersuchung und Probengewinnung für das Kind). Weiterhin wurde ich über die vorgesehene Verwendung der genetischen Probe sowie der Untersuchungsergebnisse informiert. Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt.

Ich bin einverstanden, dass (**Zutreffendes bitte ankreuzen**)

- ☐ die erhobenen Befunde an mitbehandelnde Ärzte weitergegeben werden  
☐ die Analysenergebnisse sowie verbleibendes Probenmaterial in einem streng Zugangsgeschützten Bereich zum Zwecke der Nachprüfbarkeit 10 Jahre aufbewahrt werden.  
☐ aus dem verbleibenden Probenmaterial bei Bedarf weitere Analysen zur Abklärung der oben genannten Erkrankungen durchgeführt werden dürfen.  
☐ aus der verbleibenden Restprobe nach Anonymisierung (Entfernung der Probenkennzeichnung) Analysen zur laborinternen Qualitätskontrolle durchgeführt werden dürfen.

Es steht mir frei, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnis Abstand zu nehmen (Zurückhaltung der gesamten Ergebnisse oder Teilen davon auf meinen Wunsch hin, Vernichtung der Ergebnisse).

Dokumentation des Inhalts der Aufklärung durch behandelnde(n) Ärztin/Arzt:

**Hinweis: Einwilligungserklärung (Kopie) bitte mit der EDTA-Probe ins Labor senden  
(Original verbleibt in der Akte, Kopie an den Patienten)**

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin (gesetzl. Vertreter)

Name aufklärende(r) Ärztin/Arzt  
(in Druckschrift)

Unterschrift aufklärende(r) Ärztin/Arzt  
(Abt./Klinik-Stempel)

Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH

Sitz der Gesellschaft: Gießen  
Amtsgericht Gießen HRB 6384  
<http://www.uk-gm.de>

Geschäftsführung

Dr. Gunther K. Weiß (Vors.)  
Prof. Dr. Hossein-Ardeschir Ghofrani (stv. Vors.)  
Dr. Sylvia Heinis  
Dr. Christiane Hinck-Kneip

Aufsichtsratsvorsitzender

Prof. Dr. Werner Seeger