

Patienten-Etikett aufkleben!

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

Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH •
Baldingerstraße • 35043 Marburg

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 *(Nichtzutreffendes bitte streichen oder abändern)*

- die erhobenen Befunde an mitbehandelnde Ärzte weitergegeben werden
- die Analyseergebnisse 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 Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen (Zurückhaltung des gesamten Ergebnisses 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)