

**Einwilligungserklärung für genetische Untersuchungen**

Patientenetikett

Hinweise für die Station:

Bitte diese Einwilligungserklärung in der Patientenakte archivieren.

Die Eintragung des zuständigen Arztes im Laborauftrag bestätigt die erfolgte Aufklärung und Einwilligung. Ohne diese wird vom Labor keine Gendiagnostik durchgeführt!

**Patienteninformation**

Aufgrund der bei Ihnen und/oder Ihren Angehörigen erhobenen Befunde ist es nach Einschätzung Ihres behandelnden Arztes möglich, dass eine Veränderung (Mutation) des Erbgutes besteht, die entweder bereits zu Krankheitszeichen geführt hat oder in Zukunft eine Erkrankung begünstigen kann. Daher ist eine genetische Untersuchung auf das Vorliegen folgender Mutationen angeraten:

 Faktor-V-Leiden-Mutation Prothrombin G20210A-Mutation Andere: \_\_\_\_\_

Eine solche genetische Untersuchung darf jedoch nur vorgenommen werden, wenn Sie nach einer ausführlichen Aufklärung ausdrücklich und schriftlich gegenüber Ihrem behandelnden Arzt in diese Untersuchung eingewilligt haben.

**Einwilligung**

Ich bin mit der ein- oder mehrmaligen Abnahme einer Blutprobe für die oben genannten genetischen Untersuchungen, deren Durchführung sowie mit der Mitteilung der Ergebnisse einverstanden. Ich bin über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchungen ausführlich aufgeklärt worden. Ebenfalls bin ich über gesundheitliche Risiken, die mit der Kenntnis der Ergebnisse und der Gewinnung der dafür erforderlichen Proben verbunden sind, aufgeklärt worden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden können.

Ferner stimme ich zu, dass das verbleibende Probenmaterial nach Abschluß der Analyse aufbewahrt wird, um für qualitätssichernde Maßnahmen in anonymisierter Form verwendet zu werden. Ich erlaube, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden, ohne Anspruch darauf zu haben.

Nach der Aufklärung ist mir eine angemessene Bedenkzeit bis zur Entscheidung über die Einwilligung eingeräumt worden. Mir ist ebenfalls mitgeteilt worden, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Name, Vorname - Unterschrift  
Aufklärender Arzt\_\_\_\_\_  
Name, Vorname – Unterschrift  
Patient/Erziehungsberechtigter/gesetzlicher Vertreter