



## **Einverständniserklärung zur Durchführung einer molekulargenetischen Untersuchung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass aus dem mir / meinem Kind entnommenen Probenmaterial (Blutprobe) eine Untersuchung auf genetische Veränderungen (sog. Mutationen / Polymorphismen) erfolgen kann. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich durch den anfordernden Arzt über das Wesen, die Aussagekraft und Tragweite in der geplanten Analytik aufgeklärt worden bin.

Ich stimme weiterhin zu, dass ein Teil dieses Probenmaterials aufbewahrt wird, um die entsprechenden Ergebnisse später überprüfen zu können. Das Probenmaterial (Blut, DNA) wird ausschließlich für diesen Zweck verwendet. Darüber hinaus gehende Untersuchungen sind nur nach einer erneuten Einwilligung zulässig. Das Untersuchungsmaterial wird max. 6 Monate aufbewahrt und dann vernichtet. Zugriff auf das Untersuchungsmaterial und alle Daten haben nur die behandelnden Ärzte und die Mitarbeiter des mit der Untersuchung beauftragten Labors im Rahmen ihrer dienstlichen Aufgaben. Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte oder Verwendung zu einem anderen Zweck als dem oben beschriebenen.

Meine sämtlichen Angaben sowie alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Um Befunde für spätere Rückfragen und für Qualitätskontrollen verfügbar zu machen, müssen diese Ergebnisse in Papierform sowie elektronisch verarbeitet und entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden.

Mein Einverständnis erfolgt freiwillig. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs wird das Untersuchungsmaterial vernichtet.

Folgende Untersuchungen werden durchgeführt:

### **Prothrombinmutation und Faktor V-Mutation (Typ Leiden)**

andere: \_\_\_\_\_

Ich möchte über die Untersuchungsergebnisse informiert werden und stimme zu, dass die Untersuchungsergebnisse in schriftlicher Form (Arztbrief/Laborblatt) an meine mitbehandelnden Ärzte weitergegeben werden.

Ich habe den vorstehenden Text gelesen und verstanden. Alle Fragen wurden mir ausreichend beantwortet. Hiermit erkläre ich mein Einverständnis.

**Ort, Datum:** .....

### **Unterschrift:**

Patient / gesetzl. Vertreter: .....

Arzt: .....