

← Patient:innen-Etikett hier		▲ positionieren!	
		m ☐	w ☐
Name		Geschlecht	
Vorname		Geburtsdatum	
Straße / Nr.			
PLZ / Ort			
Allg. Geb.-Kl. ☐	Sonder Geb.-Kl. ☐	Selbstzahler:in ☐	
Klin. Hinweis bzw. Diagnose			

Patient:innen-Information und Einverständniserklärung zur Durchführung einer Genanalyse zu medizinischen Zwecken gemäß § 65 Gentechnikgesetz (GTG)

Einverständnis: Ich bin damit einverstanden, dass

- ☐ bei mir selbst ☐ bei meinem Kind
☐ bei der von mir vertretenen Person

hinsichtlich des Verdachts/ der Abklärung auf:

Indikation / Diagnose / Art der Untersuchung

eine genetische Untersuchung an einer Blutprobe durchgeführt wird.

Ich bestätige, dass ich über das Wesen, die Tragweite und Aussagekraft der geplanten Analyse im Sinn des derzeit gültigen Gentechnikgesetzes (§ 69 GTG) aufgeklärt wurde.

Die Beratung wurde durch eine:n für das jeweilige Indikationsgebiet zuständige Fachärztin : zuständige Facharzt oder eine Fachärztin : einen Facharzt für Medizinische Genetik durchgeführt.

Falls die Analyse im ZIMCL nicht möglich ist, bin ich mit dem Versand der Probe an ein spezialisiertes Kooperationslabor im In- oder Ausland einverstanden.

Allgemeine Information

Der Untersuchungsumfang richtet sich nach der jeweiligen Fragestellung. Darüber hinaus werden keine weiteren Gene routinemäßig untersucht. Ein unauffälliges Testergebnis schließt das Vorliegen von Veränderungen in anderen Genen nicht aus.

Thrombophilie

- ☐ Typ 2 Analyse^a ☐ Typ 3 Analyse^b
☐ Thrombophilie-Mutationsanalyse
(Faktor V und II Mutation)
☐ Faktor V Leiden (R506Q Mutation)
☐ Faktor II (G20210A Mutation)

Autoimmunologie / Stoffwechsel

- ☐ Typ 2 Analyse^a ☐ Typ 3 Analyse^b
☐ Zöliakie (HLA DQ2, DQ8)
☐ M. Bechterew, M. Reiter (HLA-B27)
☐ Hämochromatose (HFE C282Y, H63D, S65C)
☐ Apo E (E2, E3, E4 / Hyperlipidämie, Mb. Alzheimer)
☐ Hyperhomocysteinämie (MTHFR C677T, A1298C)

Typ 2 Gensequenzierungen

(bestehende Erkrankung, bei auffälliger Stufendiagnostik)^a

- ☐ Fibrinogenmangel
☐ Antithrombinmangel
☐ Von-Willebrand-Syndrom
☐ Protein-C-Mangel
☐ Protein-S-Mangel
☐ Einzelfaktormangel (Faktor)
☐ Hämoglobinopathie, Thalassämie
☐ Hereditäre myeloische Neoplasie

Andere Typ 2 Fragestellungen/ Genanalysen

(bestehende Erkrankung, nach Rücksprache)^a

☐

Widerspruchsrecht

Ich wurde auf mein Widerspruchsrecht hinsichtlich der Dokumentation des Untersuchungsergebnisses in Arztbriefen, Krankenunterlagen und der Krankenhaus-EDV hingewiesen (§ 71a GTG) und bin mit der entsprechenden Dokumentation des Befundes einverstanden (§ 71a GTG).

☐ ja ☐ nein

Datenschutz und Weitergabe der Ergebnisse

Ich bin einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht an mitbehandelnde Ärzt:innen weitergegeben werden. Eine Weiterleitung an nicht-ärztliche Personen oder Institutionen – wie Arbeitgeber:innen oder Versicherungen – erfolgt von unserer Seite grundsätzlich nicht.

☐ ja ☐ nein

Zukünftiger Umgang mit Probenmaterial und Qualitätssicherung

Ich bin damit einverstanden, dass das entnommene Probenmaterial zur Klärung meiner medizinischen Fragestellung für weiterführende diagnostische Zwecke (z. B. Stufendiagnostik oder Familienuntersuchungen) verwendet und – sofern sinnvoll und möglich – zu einem späteren Zeitpunkt erneut untersucht wird.

☐ ja ☐ nein

Ich bin mit einer eventuellen Verwendung von überschüssigem Probenmaterial für Qualitätskontrollen oder Forschungszwecken in pseudonymisierter Form einverstanden.

☐ ja ☐ nein

Zufallsbefunde

Im Einzelfall können im Rahmen der Untersuchung Zufallsbefunde mit möglicher therapeutischer Relevanz festgestellt werden, die nicht unmittelbar mit der ursprünglichen Fragestellung in Zusammenhang stehen. Ich möchte über eventuell vorhandene medizinisch relevante Zusatzbefunde informiert werden.

☐ ja ☐ nein

Die mir ausgehändigte Patient:innen-Information habe ich verstanden und es bestehen keine Unklarheiten hinsichtlich der Durchführung einer Genanalyse zu medizinischen Zwecken. Mir ist bekannt, dass ich auch nach erfolgter Einwilligung jederzeit mitteilen kann, dass ich über die Ergebnisse der Analyse und deren mögliche Konsequenzen nicht informiert werden möchte. Ebenso ist mir bewusst, dass ich diese Einverständniserklärung oder einzelne Bestandteile davon vorbehaltlich gesetzlicher Bestimmungen jederzeit widerrufen kann.

Datum Name und Unterschrift Patient:in oder gesetzliche Vertretung

Datum Name Facharzt : Fachärztin in BLOCKBUCHSTABEN Telefon Unterschrift Facharzt : Fachärztin

← Patient:innen-Etikett hier		▲ positionieren!	
Name		Geschlecht m ☐ w ☐	
Vorname		Geburtsdatum	
Straße / Nr.			
PLZ / Ort			
Allg. Geb.-Kl. ☐ Sonder Geb.-Kl. ☐ Selbstzahler:in ☐			
Klin. Hinweis bzw. Diagnose			

Abteilungs-/ Klinikstempel