

Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse (Typ 2, Typ 3)

Vorliegende Erkrankung / geplante Analyse:

Hämochromatose (HFE, C282Y, H63D, S65C)

Mb. Wilson (ATP7B, H1069Q)

Abortus (CNV)

.....

Von der/m Patientin/en auszufüllen:

Ich,, geboren am bestätige,
Nachname, Vorname (in BLOCKSCHRIFT)

dass ich durch Frau / Herrn Dr. gemäß § 69 GTG über
Name der/s Fachärztin/-arztes (in BLOCKSCHRIFT)

Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten genetischen Analyse aufgeklärt worden bin und stimme der Durchführung der Analyse zu. Ja Nein

Ich bin mit der Dokumentation des aus der genetischen Analyse resultierenden Ergebnisses in Arztbriefen und Krankengeschichte einverstanden. Ja Nein

Ich stimme der Verwendung der von mir entnommenen Proben und Daten für qualitätssichernde Maßnahmen, Forschung und Lehre in verschlüsselter Form zu. Ja Nein

.....
Ort, Datum, Unterschrift der/s **Patientin/en** (bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Ein schriftlicher Widerruf dieser Einverständniserklärung ist jederzeit möglich.

Von der/m zuständige/n Fachärztin/-arzt auszufüllen:

Die Analyse dient zur Feststellung einer bestehenden Erkrankung, welche auf einer Keimbahnmutation beruhen kann (§ 65 Abs. 1, Z 2 GTG) Typ 2

Die Analyse dient der Feststellung einer Prädisposition für eine Krankheit (§ 65 Abs. 1, Z 3 GTG; z. B. Hämochromatose und Mb. Wilson) Typ 3

Ich bin im Indikationsgebiet zuständige/r Fachärztin/-arzt und habe die/den Patientin/en über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der Analyse aufgeklärt. Ja Nein

.....
Ort, Datum, Unterschrift der/s **Fachärztin/-arztes**

Bei Widerspruch des Patienten zur Speicherung der Ergebnisse in Arztbriefen und Krankengeschichte wird der Befundbericht **ausschließlich** zu Händen des Arztes, der die genetischen Analysen veranlasst hat, oder an den behandelnden Arzt übermittelt.