

Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung FB-LS 12 OE-MB

Kopie an:

Universitätsklinikum Ulm
Zentrale Einrichtung Klinische Chemie
 Bereichslabor Oberer Eselsberg Albert-Einstein-Allee 23
 89081 Ulm

Zentrale Einrichtung Klinische Chemie
 Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. S. Danckwardt
Bereich Molekulargenetische Diagnostik
 Prof. Dr. S. Danckwardt; Fr. Alexandra Beil
 Albert-Einstein-Allee 23
 89081 Ulm
 Telefon: (0731) 500-67500/67552
 Telefax: (0731) 500-67506
svend.danckwardt@uniklinik-ulm.de
alexandra.beil@uniklinik-ulm.de

Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse

Über Zweck, Umfang, Aussagekraft und Tragweite der geplanten genetischen Untersuchung

bei mir bei meinem Kind bei der von mir betreuten Person

(ggf. Patientenetikett) _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

sowie über gesetzliche Rechte wurde ich von Frau/Herrn Dr. med. _____ aufgeklärt.
 Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin mit der Abnahme von Blut für folgende genetische Analysen einverstanden:

Faktor V-Leiden, FII (Prothrombin), HLA-B27, HFE, HLA-DQ2/-DQ8, Apo E, MTHFR, a1-Antitrypsin

Fragestellung/Erkrankung/en:

(z. B. *Thrombophilie*, M. Bechterew, Hämochromatose, Zöliakie, Demenz): _____

Die Probe wird zusammen mit dem Analysenauftrag und den persönlichen Daten an die ZE Klinische Chemie weitergeleitet.

Bei Patienten des Universitätsklinikums Ulm werden die genetischen Befunde in die Patientenakte des Universitätsklinikums Ulm aufgenommen. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse auch an folgende mitbetreuende Ärzte weitergeleitet werden.

Frau/Herr Dr. med. _____ Abt./Praxis _____

Bei Analysenaufträgen von Einsendern außerhalb des Universitätsklinikum Ulm werden genetische Befunde ausschließlich an die verantwortliche ärztliche Person weitergeleitet.

Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einverständniserklärung schriftlich oder mündlich widerrufen kann, ohne dass mir Nachteile hieraus entstehen. Ich kann eine komplette oder teilweise Vernichtung der Untersuchungsergebnisse verlangen, sofern mir die Untersuchungsergebnisse nicht bereits bekannt sind. Eine weitere genetische Untersuchung erfordert einen erneuten Untersuchungsauftrag und meine erneute Einwilligung.

Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse und -unterlagen am Universitätsklinikum Ulm über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.

ja nein

Ich stimme zu, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial für laborinterne Qualitätssicherung eingesetzt werden darf.

ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir eine Kopie dieser Einverständniserklärung ausgehändigt wurde.

Ulm, Datum _____ Unterschrift Patientin/Patient/Vertretung _____ Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt _____

Das Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG) schreibt vor, dass genetische Analysen nur nach Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung der zu untersuchenden Person bzw. der Vertretung durchgeführt werden dürfen. Ferner muss die/der verantwortliche (=anfordernde) Ärztin/Arzt über die Bedeutung dieser Diagnostik ausführlich aufklären. Bei auffälligem Befund muss eine genetische Beratung durch eine/n dafür qualifizierte/n Ärztin/Arzt angeboten werden. Vor und nach vorgeburtlicher oder prädiktiver (vorhersagender) Diagnostik muss eine genetische Beratung erfolgen.

Verteiler: **Original:** Krankenakte bei verantwortlichen Ärzten. **Kopie** an das beauftragte Labor. **Kopie** an Patientin/Patient/Vertretung