



Hämochromatose (HFE, C282Y, H63D, S65C)

**Geplante Genanalyse:**

Mb. Wilson (ATP7B, H1069Q)

Ich, ....., geb. am .....,  
*Nachname, Vorname (in BLOCKSCHRIFT)*

bestätige, dass ich durch Frau/Herrn Dr. ....  
*Name des Facharztes / der Fachärztin (in BLOCKSCHRIFT)*

gemäß § 69 GTG über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten genetischen  
Analyse aufgeklärt worden bin.

- Ich stimme der Genanalyse, sowie der Verwendung der von mir entnommenen und anonymisierten Proben und Daten für qualitätssichernde Maßnahmen, Forschung und Lehre zu.
- Ich bin mit der Dokumentation des aus der genetischen Analyse resultierenden Ergebnisses in Arztbriefen und Krankengeschichte einverstanden.
- Ein schriftlicher Widerruf dieser Einverständniserklärung ist jederzeit möglich.

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

.....  
*Ort, Datum, Unterschrift des Facharztes / der Fachärztin*

Das österreichische Gentechnikgesetz schreibt im § 69 vor, dass eine genetische Analyse des Typs 2, 3 oder 4 nur nach Vorliegen einer schriftlichen Bestätigung der zu untersuchenden Person durchgeführt werden darf.

Die zu untersuchende Person muss zuvor durch einen für das Indikationsgebiet zuständigen Facharzt über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der Analyse aufgeklärt worden sein und der genetischen Analyse aus freiem Entschluss zugestimmt haben.