

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 anonymisierter 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; nur möglich bei 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

* Der medizinische Befundbericht wird ausschließlich postalisch, zu Händen der aufklärenden Fachärztin bzw. des aufklärenden Facharztes zugesandt. Bitte tragen Sie die Namen gut leserlich ein und achten Sie auf Vollständigkeit, da unvollständig ausgefüllte Formulare die Analyse verzögern.