allgäuLab MVZ GmbH
Medizinisch-Diagnostisches Labor Kempten

Dr. med. Josef Cremer
Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Dr. med. Matthias Lapatschek
Facharzt für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Medizinische Mikrobiologie · TBC Diagnostik · Mykologie · Parasitologie · Hygiene
Infektionsserologie · Immunologie · Hämatologie · Klinische Chemie · Endokrinologie
Molekularbiologie · Virologie · Krankenhaushygiene · Gelbfieberimpfstelle

allgäuLab

allgäuLab MVZ GmbH
Augartenweg 20 - 87437 Kempten
www.allgaeulab.de
info@allgaeulab.de

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung*

Name:	Vorname:	Geburtsdatum

Ich wünsche die Durchführung der von meinem Arzt/meiner Ärztin vorgeschlagenen genetischen Untersuchung zur Bestimmung der u.g. Analyse(n) zur Abklärung folgender Erkrankung(en) (bitte ankreuzen bzw. eintragen):

	Analyse(n):	**Diagnose(n):**
☐	HLA-B27	Autoimmunarthritis
☐	Faktor V Leiden-Mutation	Thrombophilie
☐	Prothrombin (Faktor II)-Mutation	Thrombophilie
☐	MCM6-Promotor Lactase (LCT)-Gen	Lactoseintoleranz
☐	MTHFR-Mutation	Hyperhomocysteinämie
☐	HFE-Gen	Hämochromatose
☐	AAT (SERPINA1) Gen	Alpha1-Antitrypsin-Mangel
☐	HLA-DQ2/8/DR4	Zöliakie / (IDDM)
☐	APO E Genotyp	Dyslipoproteinämie / Alzheimer

Sonstige:

☐		

Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf die abzuklärende Erkrankung.

Ich bestätige hiermit, dass ich gemäß dem Gendiagnostikgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen aufgeklärt worden bin und dass mir ausreichend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist. Die Bedeutung und Tragweite des Ergebnisses der gewünschten Untersuchung(en) sowie die Verwendung und Aufbewahrung von Probenmaterial und Untersuchungsergebnissen wurden mir umfassend erläutert.

Die von mir gemachten Angaben und alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin einverstanden, dass weiterbehandelnde Ärzte/Ärztinnen von diesem Befund informiert werden, damit auch sie ihn bei ihrer Diagnosestellung oder Therapieplanung berücksichtigen können.

Ich bin mit der Datenverarbeitung sowie der Aufbewahrung von überschüssigem Probenmaterial zum Zwecke der späteren Nachprüfbarkeit der Ergebnisse einverstanden.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an dieser Untersuchung freiwillig ist und ich meine Einwilligung zu der genetischen Untersuchung, der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses sowie der Aufbewahrung der Proben jederzeit und ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich widerrufen kann. Es steht mir zudem frei, ob ich das Ergebnis der Untersuchung erfahren oder nicht erfahren möchte.

Bemerkung(en):

_____ Ort, Datum

_____ Ort, Datum

_____ Name, Vorname Unterschrift
Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin

_____ Unterschrift Patient/in
(ggf. Erziehungsber./gesetzl. Vertr.)

Das Original der Einverständniserklärung wird in der Patientenakte verwahrt. Eine Kopie wird dem Untersuchungsauftrag an das Labor beigefügt, eine weitere Kopie dem Patiienten / der Patientin ausgehändigt.
**) Gemäß den Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission am Robert-Koch-Institut, Berlin, i.d.F. v. 1.7.2022*