

**Dr. med. Josef Cremer & Dr. med. Matthias Lapatschek**

Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie,  
Virologie und Infektionsepidemiologie; Krankenhaushygiene

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

## 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):
<input type="checkbox"/>	HLA-B27	Autoimmunarthritis
<input type="checkbox"/>	Faktor V Leiden-Mutation	Thrombophilie
<input type="checkbox"/>	Prothrombin (Faktor II)-Mutation	Thrombophilie
<input type="checkbox"/>	MCM6-Promotor Lactase (LCT)-Gen	Lactoseintoleranz
<input type="checkbox"/>	MTHFR-Mutation	Hyperhomocysteinämie
<input type="checkbox"/>	HFE-Gen	Hämochromatose
<input type="checkbox"/>	AAT (SERPINA1) Gen	Alpha1-Antitrypsin-Mangel
<input type="checkbox"/>	HLA-DQ2/8	Zöliakie

Sonstige:

<input type="checkbox"/>		
--------------------------	--	--

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 beigelegt, eine weitere Kopie dem Patienten / der Patientin ausgehändigt.*

*\*) Gemäß den Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission am Robert-Koch-Institut, Berlin, i.d.F. v. 1.7.2022*