

Einverständniserklärung zur Durchführung einer Genanalyse (§ 65 GTG)

Name:
Geb.datum:

Hereditäre Hämochromatose (Eisenspeicherkrankheit)

Mutationsanalyse des Hämochromatose Gens (HFE)

Mb Wilson (Kupferspeicherkrankheit)

Mutationsanalyse des Wilson Gens (ATP7B)

Alpha-1- Antitrypsin-Mangelerkrankung

Mutationsanalyse auf das Z- und/oder S- Allels

IL28B

PNPLA3

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über Aussagekraft und mögliche Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung aufgeklärt wurden. Dazu gehört sowohl die Kenntnis über den Verlauf einer möglichen Erkrankung wie auch die Wahrscheinlichkeit, eine möglicherweise bestehende Erbanlage an Ihre Kinder weiterzugeben. Auch Ihre Eltern oder Geschwister können Träger dieser Erbanlage sein. Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Überschüssiges Untersuchungsmaterial wird zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse aufbewahrt. Die Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Einverständniserklärung

Den vorausgehenden Text habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.
Ich bestätige, dass ich über Aussagekraft und mögliche Konsequenzen einer genetischen Untersuchung zu meiner Zufriedenheit informiert wurde und dass ich mit der Durchführung folgender genetischer Untersuchung

_____ einverstanden bin.

Ort, Datum (Unterschrift der Patientin/des Patienten)

Falls das Einverständnis der Ärztin / dem Arzt mündlich mitgeteilt wurde.

Ort, Datum (Unterschrift und Blockschrift der Ärztin / des Arztes)