MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Zentrum Medizinische Genetik Innsbruck

Direktor:
Univ.-Prof. DDr. med. Johannes Zschocke
Schöpfstr. 41, A-6020 Innsbruck

Tel: (+43) 512-9003-70531
Fax: (+43) 512-9003-73510
humgendiag@i-med.ac.at

Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung

Ich bin damit einverstanden, dass bei

☐ **mir selbst** ☐ **meinem Kind/Besachwalteten** _____ **geb.**_____

zur Abklärung des u. g. Krankheitsbildes eine genetische Analyse an einer Blut-/Gewebe-/Fruchtwasserprobe o.ä. durchgeführt wird. Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten Analyse aufgeklärt. Falls die Analyse nicht in Innsbruck möglich ist, bin ich mit dem Versand der Probe an ein anderes diagnostisches Labor im In- oder Ausland einverstanden.

Diagnose: _____

Untersuchung: ☐ Molekulargenetik ☐ Chromosomen (incl. FISH) ☐ Stoffwechselanalyse
☐ DNA-Array, Genomsequenzierung (bitte Angabe zu Zufallsbefunden, s.u.)

Untersuchungsart: ☐ Diagnostisch ☐ Prädiktiv (Abklärung zukünftiger Krankheitsrisiken)
☐ Pränatal ☐ Im Rahmen von Familienanalysen

Beratung durch FÄ/FA für Med. Genetik/Humangenetik: ☐ nein ☐ ja, durch _____

Genomweite Analysen (Array, Genomsequenzierung): *Ich wurde über die besonderen Gegebenheiten dieser Analysen, speziell die Möglichkeit von unklaren Befunden oder Zufallsbefunden, informiert. Ich habe den entsprechenden Informationsbogen erhalten. Über relevante* ***Zufallsbefunde*** *möchte ich…*
☐ **…generell informiert werden;**
☐ **…nur dann informiert werden, wenn eine Vorbeugung/Therapie möglich ist;**
☐ **…NICHT informiert werden.**

Überschüssiges Probenmaterial *wird nach Abschluss der Analysen unbefristet aufbewahrt (asserviert), um es z.B. für ggf. sinnvolle zukünftige diagnostische Zwecke verwenden zu können. Solches Material kann aber auch eine wichtige Quelle für Forschungs- und Entwicklungsarbeiten auf dem Gebiet der medizinischen Genetik sowie für Untersuchungen zur Qualitätskontrolle sein. Dabei wird das Material in einer Weise anonymisiert, dass eine nachträgliche Zuordnung zu einer Person ausgeschlossen ist.*
Ich bin mit einer eventuellen Verwendung von anonymisiertem überschüssigem Probenmaterial für wissenschaftliche Zwecke bzw. für Qualitätskontrollzwecke einverstanden. ☐ **ja** ☐ **nein**

Ich bin damit einverstanden, dass das Ergebnis meiner Ärztin/meinem Arzt mitgeteilt wird. Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligungen jederzeit auch mündlich widerrufen kann.

_____	_____	_____
Name, Vorname	Geb.-Datum	Unterschrift
_____	_____	_____
Ärztin/Arzt (bitte in Blockschrift)	Datum	Unterschrift

Nach §69 des Gentechnikgesetzes darf eine genetische Analyse nur durchgeführt werden, wenn die zu untersuchende Person (Erziehungsberechtigter bei unmündigen Personen, Sachwalter bei Personen, bei denen ein Sachwalter bestellt ist) schriftlich bestätigt hat, dass sie durch einen Facharzt für Humangenetik/medizinische Genetik oder einen für das Indikationsgebiet zuständigen Facharzt über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der Analyse aufgeklärt wurde und aufgrund dieses Wissens mit der Analyse einverstanden ist.