

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Durchführung einer Genanalyse zu medizinischen Zwecken (Typ 2, Typ 3)

- Geplante Analyse:**
- Hämochromatose (HFE)
 - DPYD Mutationsanalyse
 - BRCA 1,2 Mutationsanalyse des Typ 2

Von Patient*in auszufüllen:

Ich,, (*Nachname, Vorname, Geb.-datum in Blockschrift*)
wurde von einer*m zuweisenden Arzt*Ärztin im Sinne des derzeit gültigen Gentechnikgesetzes über
Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten Genanalyse aufgeklärt.

Ich stimme der Durchführung der Genanalyse zu. Ja
 Nein

Ich stimme der Verwendung der von mir entnommenen und anonymisierten Proben
für qualitätssichernde Maßnahmen, Forschung und Lehre zu. Ja
 Nein

Ich stimme zu, dass das Untersuchungsergebnis in Entlassungsbrief,
Krankengeschichte und Krankenhaus-EDV System dokumentiert wird. Ja
 Nein

* bei Widerspruch wird der Befundbericht ausschließlich zu Händen der*des Arztes*Ärztin, welche*r die
genetischen Analysen veranlasst hat, oder an die*den behandelnde*n Arzt*Ärztin postalisch übermittelt

.....
*Ort, Datum, Unterschrift Patient*in (bzw. gesetzliche Vertretung)*

Ein schriftlicher Widerruf dieser Einverständniserklärung ist jederzeit möglich.

Von zuständiger*m Arzt*Ärztin auszufüllen:

Die Analyse dient zur Feststellung einer bestehenden Erkrankung, welche auf einer
Keimbahnmutation beruhen kann (§ 65 des GTG). Typ 2

Die Analyse dient der Feststellung einer Prädisposition für eine Krankheit für welche
Prophylaxe und Therapie möglich sind (§ 65 des GTG). Typ 3

Ich bin im Indikationsgebiet zuständige*r Arzt*Ärztin und habe die*den Patienten*in
über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der Analyse aufgeklärt. Ja
 Nein

.....
*Ort, Datum, Name (in Blockschrift) und Unterschrift Arzt*Ärztin*
Weiterführende Informationen siehe „MP F 01.000.028 Informationen zu genetischen Analysen“