

**Einsender-Etikett
bitte hier einkleben**

Station/Einsender: _____



Klinikum Braunschweig

Klinikum Braunschweig, Institut für Mikrobiologie, Immunologie
und Krankenhaushygiene, Celler Str. 38, 38114 Braunschweig

Zentrale Einrichtung für Molekulare Diagnostik

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Durchführung einer humangenetischen Analyse nach dem Gendiagnostikgesetz

NAME, VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

WOHNHAFT IN: _____

**Patienten-Etikett
ggf. hier einkleben**

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass für

mich

meine Tochter / meinen Sohn

NAME, VORNAME DES KINDES: _____

GEBURTSDATUM DES KINDES: _____

eine molekulargenetische Analyse zur Abklärung einer Verdachtsdiagnose durchgeführt wird:

Hereditäre Hämochromatose

DPD-Mangel (Exon 14-skipping)

Faktor-V Leiden Mutation

Prothrombinmutation (Faktor II)

Apolipoprotein B Mutation

Apolipoprotein E Mutation

Lp(a) SNP

Andere Verdachtsdiagnose: _____

Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten Analytik wurde ich aufgeklärt. Die Probe darf, falls erforderlich, an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Es steht mir frei, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

Ich bin einverstanden

nicht einverstanden,

(i) dass das Probenmaterial zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung der Ergebnisse bzw. einer weiterführenden genetischen Untersuchungen zur Diagnosefindung aufbewahrt wird, (ii) dass das Probenmaterial für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke aufbewahrt wird, dass (iii) die Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufgehoben werden dürfen und (iv) dass die Untersuchungsergebnisse mitbehandelnden Ärzten z.B. von humangenetischen Beratungsstellen oder medizinischen Kooperationseinrichtungen mitgeteilt werden dürfen (nicht Zutreffendes bitte durchstreichen).

Unterschrift Patientin/Patient/Erziehungsberechtigte(r)

Ort, Datum

Unterschrift behandelnder/verantwortlicher Arzt/Ärztin

Ort, Datum