

An das
Zentralinstitut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin, Klinikum Stuttgart
Kriegsbergstr. 62 - 70174 Stuttgart

Einwilligungserklärung zu einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Bitte an folgendes Fax senden: 0711 / 278 34819 oder eine Kopie dem Auftrag beifügen

Einsender	Patientendaten / Etikett
	Name, Vorname:
	Geburtsdatum:
	Straße:
	PLZ, Wohnort:

Ich bin mit der Abnahme einer Blutprobe für die genetische Untersuchung einverstanden.
Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf die Untersuchung
(bitte ankreuzen/eintragen):

- ☐ Genotypisierung Faktor V-Leiden und/oder Prothrombin-Mutation
- ☐ Genotypisierung MTHFR-Mutation
- ☐ Andere Gen-Analyse:.....

Ich bin über die Art, Bedeutung und Tragweite der genetischen Analyse bezogen auf die abzuklärende Erkrankung ausführlich aufgeklärt worden. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und die Möglichkeit, zusätzliche Fragen zu stellen. Mit der Erfassung, Auswertung und Weitergabe der persönlichen Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes, des Gendiagnostik-Gesetzes und auch über elektronische Datenverarbeitung (EDV) bin ich einverstanden.

Die von mir gemachten Angaben und die Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur mit meiner ausdrücklichen Erlaubnis an Dritte weitergegeben.

Ich bin mit der Aufbewahrung von Probenmaterial zum Zwecke der späteren Nachprüfbarkeit der Ergebnisse einverstanden.	☐ Ja ☐ Nein
---	--

Mir ist außerdem bekannt,

- dass meine Teilnahme an dieser Untersuchung freiwillig ist und ich meine Einwilligung zu der genetischen Untersuchung und der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses (vor Beginn derselben) sowie zur Aufbewahrung der Probe (jederzeit) und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
- dass das für die Untersuchung beauftragte Labor die Untersuchungsergebnisse ggf. über die für Laboruntersuchungen übliche Frist von 10 Jahren in seinen Daten (Laborinformationssystem) archiviert und ich diese dort jederzeit mit schriftlichem Antrag an das Labor löschen lassen kann.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigte(r)

Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin

Name des/der Erziehungsberechtigten

Name des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter Tel. 0711 / 278-34801 oder -34835 zur Verfügung. Das Formular können Sie auf unserer Webseite unter <http://www.klinikum-stuttgart.de/kliniken-institute-zentren/institute/zentralinstitut-fuer-klinische-chemie-und-laboratoriumsmedizin-mit-laborpraxis/links-und-downloads/downloads.html> abrufen.