

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

# Einwilligungserklärung des Patienten zur humangenetischen Diagnostik



Inhalt des Aufklärungsgespräches:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Faktor 5-Leiden     | <input type="checkbox"/> HLA B27                       |
| <input type="checkbox"/> Prothrombinmutation | <input type="checkbox"/> HLA DQ2/DQ8 (Zöliakie-Risiko) |
| <input type="checkbox"/> Hämochromatose      | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz             |
| <input type="checkbox"/> andere              |  |

## Hiermit bestätige ich, dass

ich von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten genetischen Untersuchung(en) aufgeklärt wurde,

mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde,

ich mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden bin,

ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

## Zusätzlich erkläre ich meine Einwilligung (Nicht Zutreffendes bitte streichen)

in die Aufbewahrung des Probenmaterials nach Abschluss der Analyse, damit ggf. weitere Untersuchungen nachgefordert werden können, Kontrolluntersuchungen möglich sind oder das Labor das Probenmaterial in anonymisierter Form für die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung und wissenschaftliche Zwecke (z. B. statistische Auswertungen) verwenden kann,

in die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse nicht nur an meinen behandelnden Arzt, sondern auch an mitbehandelnde Ärzte der Praxis/Einrichtung oder deren Vertreter.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Vertreters

Verantwortlicher Arzt

Original für Labor