

Patientennummer:

Einwilligungserklärung der/des Untersuchten (Erziehungsberechtigten) zur genetischen Laboruntersuchung

.....
Familienname, Vorname der/des Untersuchten...../.....
Versicherungsnummer / Geburtsdatum**Zweck der genetischen Laboruntersuchung:**..... Prüfung/Bestätigung der Diagnose Feststellung der Krankheitsveranlagung Feststellung der
Krankheitsübertragung Feststellung der Krankheit beim Embryo Sonstiges.....**Voraussichtlicher Nutzen der Untersuchung**.....**Erklärung des Arztes:**

Hiermit erkläre ich, der/dem Untersuchten (Erziehungsberechtigten) klar und verständlich den Zweck, Charakter, voraussichtlichen Nutzen, Folgen und mögliche Risiken der vorgenannten genetischen Laboruntersuchung erklärt zu haben. Außerdem hatte ich die/den Untersuchte/n über die möglichen Ergebnisse und Folgen aufgeklärt, die sich aus dem Fehlschlagen der Laboruntersuchung oder dem Fehlen der für die Erfüllung des verfolgten Zwecks erforderlichen Aussagekraft ergeben. Weiterhin habe ich die/den Untersuchte/n (Erziehungsberechtigte/n) auch über die möglichen Risiken und Folgen einer eventuellen Ablehnung der Untersuchung informiert. Die Ergebnisse der Laboruntersuchung sind vertraulich und werden ohne Zustimmung der/des Untersuchten/Erziehungsberechtigten nicht an Dritte weitergegeben, sofern die gültigen Rechtsvorschriften nichts anderes festlegen.

Name des Arztes Stempel und Unterschrift des Arztes

Datum.....

Erklärung der/des Untersuchten:

Hiermit bestätige ich, über die genetische Laboruntersuchung zum vorstehend angeführten Zweck klar und verständlich aufgeklärt worden zu sein. Ich hatte genügend Zeit, mir alles sorgfältig und in Ruhe zu überlegen und die Möglichkeit, den Arzt alles zu fragen, was ich für wichtig und wissenswert hielt und mit ihm alles zu besprechen, was mir nicht klar war. Auf alle meine Fragen bekam ich eine klare und verständliche Antwort.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zu der nachstehend angeführten Probenahme und der Durchführung folgender Untersuchung zum vorstehend angeführten Zweck:

Zytogenetische Untersuchung Karyotyp Andere.....**Molekulargenetische Untersuchung** Krankheitsuntersuchung Andere.....**Sonstige Untersuchungen** Andere.....

Patientennummer:

Probe von:

- | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> peripheres Blut | <input type="checkbox"/> Fruchtwasser | <input type="checkbox"/> CVS (Zotten) | <input type="checkbox"/> Speichel | <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut |
| <input type="checkbox"/> Plazenta | <input type="checkbox"/> Gewebe; Haut, Muskel | <input type="checkbox"/> Ejakulat | <input type="checkbox"/> Blastomer | <input type="checkbox"/> Andere..... |

Ferner wünsche ich folgendes:

- Ich wünsche / wünsche nicht über das Ergebnis der genetischen Laboruntersuchung informiert zu werden
 Ich wünsche, dass über das Ergebnis der Untersuchung folgende Personen informiert werden:

Vorname und Familienname:.....

Adresse:.....

- Ich bin einverstanden / nicht einverstanden mit der eventuellen Aufnahme meiner Person in das Krankenregister
 Ich bin einverstanden / nicht einverstanden, dass mein DNA für weitere eventuelle Analysen in Abhängigkeit vom Forschungsfortschritt zu meinem Nutzen und zum Nutzen meiner Familie im Labor aufbewahrt wird. Beim Nichteinverständnis wird die Probe vernichtet mit dem Risiko, dass das Untersuchungsergebnis in Zukunft nicht überprüft werden kann und für weitere genetische Tests eine erneute Probenahme notwendig wird.
 Ich bin einverstanden / nicht einverstanden mit der anonymen Nutzung meiner DNA für medizinische Forschungszwecke und die Veröffentlichung der Ergebnisse in Fachliteratur.

Aufgrund dieser Aufklärung erkläre ich hiermit mein Einverständnis zu der Probenahme und Durchführung der vorstehend spezifizierten genetischen Laboruntersuchung.

Ich kann diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen.

Hiermit erkläre ich, alle mir mitgeteilten und erklärten Angaben, Anweisungen und Einwilligungen verstanden zu haben.

In Unterschrift der/des Untersuchten (Erziehungsberechtigten).....

Datum

Name des Erziehungsberechtigten:.....Personenkennzahl:.....

Beziehung zu der/dem Untersuchten:.....

Die informierte Einwilligung wird in zwei Gleichschriften ausgefertigt. Sonstigen an der Diagnostik beteiligten Personen wird eine (durch den Arzt bestätigte) Kopie dieses Dokuments zur Verfügung gestellt.