

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen UKF

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung. Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von mir bzw. meinem Kind entnommenes Blut und/oder Gewebe auf folgende genetische Eigenschaften untersucht wird.

Diese Untersuchung dient ausschließlich der genetischen Analyse von:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> HLA-A*29 | <input type="checkbox"/> HLA-DQB1*06:02 | <input type="checkbox"/> HLA-DQ1*02/DQB1*03:02 (HLA-DQ2/-DQ8) |
| <input type="checkbox"/> HLA-DRB1*04 (HLA-DR4) | <input type="checkbox"/> HLA-B*27 | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> HLA-B*51 | <input type="checkbox"/> HLA-B*57:01 | |

Bei genetischen Untersuchungen kann es zu Ergebnissen kommen, die sich nicht auf o. g. Diagnose beschränken (s. g. Zufallsbefunde).

- nein ja Auf die Mitteilung von Zufallsbefunden verzichte ich.
- nein ja Mit der Aufbewahrung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für ggf. ergänzende Untersuchungen zur Diagnosefindung und für laboranalytische Kontrollmaßnahmen bin ich einverstanden.
- nein ja Ich bin einverstanden, dass erhobene Daten/Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt. Ebenso wurden die möglichen Konsequenzen, die sich aus den Ergebnissen der genetischen Untersuchung für mich oder auch andere Familienmitglieder ergeben können, ausführlich besprochen. Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse/n weitergeleitet werden an.

 Datum

✕

 Unterschrift Patient/in

 ärztliche Unterschrift und Stempel

 Ich handle als Vertreter/in
 mit Vertretungsmacht /
 gesetzl. Vertreter/in /
 Betreuer/in

 Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

✕

 Unterschrift Vertreter/in