Kopie zurück an:
(Bei externen Einsendern mit Untersuchungsauftrag und Probenmaterial)

Universitätsklinikum Ulm
Zentrale Einrichtung Klinische Chemie
Bereichslabor Oberer Eselsberg
Albert-Einstein-Allee 23
89081 Ulm (Donau)

Zentrale Einrichtung Klinische Chemie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. S. Danckwardt
Ansprechpartner Bereich Molekulargenetische Diagnostik
Prof. Dr. S. Danckwardt/Prof. Dr. C. Haug
Albert-Einstein-Allee 23
89081 Ulm (Donau)
Telefon: (0731) 500-**67500/67520**
Telefax: (0731) 500-**67506**
sven.danckwardt@uniklinik-ulm.de/cornelia.haug@uniklinik-ulm.de

Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung

Über Zweck, Umfang, Aussagekraft und Tragweite der geplanten genetischen Untersuchung sowie über meine gesetzlichen Rechte wurde ich,

(Patient, gesetzl. Vertreter: Name, Vorname, Geb.datum, ggf. Patientenkleber)

_____

von **Herrn/Frau Dr. med.** _____ aufgeklärt.

Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin mit der Abnahme von Blut zwecks Untersuchung
folgender Mutationen/Polymorphismen einverstanden: **APCR , Faktor-V-Leiden, Prothrombin (G20210A),**

☐ bei mir ☐ bei meinem Kind ☐ bei der von mir betreuten Person_____

Meine Probe wird zusammen mit dem Untersuchungsauftrag und meinen persönlichen Daten an die ZE Klinische Chemie weitergeleitet. Die gendiagnostischen Befunde werden in die Patientenakte des Universitätsklinikums Ulm aufgenommen und können an nach- oder mitbehandelnde Ärzte des Universitätsklinikums Ulm sowie an meinen Hausarzt weitergeleitet werden:

(Herrn/Frau Dr. med.)_____(Abt./Praxis)_____

Meine Untersuchungsergebnisse- und unterlagen werden am Universitätsklinikum Ulm über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus im Rahmen der üblichen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen aufbewahrt. Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann, ohne dass mir Nachteile hieraus entstehen. Ich kann jederzeit eine komplette oder teilweise Vernichtung der Untersuchungsergebnisse verlangen. Eine weitere genetische Untersuchung erfordert einen erneuten Untersuchungsauftrag und meine erneute Einwilligung.

Ich möchte über die Untersuchungsergebnisse informiert werden: ☐ **ja** ☐ **nein**

Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial

☐ Darf **nicht** als pseudonymisierte Probe für die *laborinterne Qualitätssicherung* bzw. für *wissenschaftliche Zwecke* eingesetzt werden.

☐ Soll nach Abschluss der o.g. Untersuchungen vernichtet werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ferner, dass mir eine Kopie dieser Einverständniserklärung ausgehändigt wurde.

Ulm, den _____ _____ _____

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters **Unterschrift des verantwortlichen Arztes**

(Das Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (**Gendiagnostikgesetz – GenDG**) schreibt vor, dass genetische Analysen nur nach Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung der zu untersuchenden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden dürfen. Ferner muss der verantwortliche (=anfordernde) Arzt über die Bedeutung dieser Diagnostik ausführlich aufklären. Bei auffälligem Befund muss eine fachlich qualifizierte genetische Beratung angeboten werden. Vor und nach vorgeburtlicher oder prädiktiver (vorhersagender) Diagnostik muss eine genetische Beratung erfolgen.

Verteiler: **Original**: Krankenakte beim verantwortlichen Arzt. **Kopie** an das beauftragte Labor. **Kopie** an Patient/gesetzl. Vertreter

Ausgedruckt ist das Dokument eine unkontrollierte Kopie und unterliegt nicht dem nderungsdienst