



Labor Spezielle Hämatologische Diagnostik, Klinik f. Kinder- und Jugendmedizin  
Zentrum für Seltene Störungen der Hämatopoese und Immundefekte (ZSHI Ulm)

**KLINIK FÜR KINDER- UND  
JUGENDMEDIZIN**

**PATIENTENDATEN:**

(ggf. Patienten-Aufkleber)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:  w       m

**Ärztlicher Direktor**

Prof. Dr. K.-M. Debatin  
Eythstrasse 24  
89075 Ulm

**Spezielle hämatologische  
Diagnostik**

Prof. Dr. H. Cario (Leitung)  
Prof. Dr. K.-M. Debatin  
holger.cario@uniklinik-ulm.de

**Einverständniserklärung zur Durchführung einer Untersuchung  
gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)**

**Sekretariat**

T: 0731 500-57149  
F: 0731 500-57103

Über Zweck, Umfang, Aussagekraft und Tragweite der geplanten Untersuchung auf eine angeborene hämatologische Erkrankung gemäß GenDG bei

mir                       meinem Kind                       der von mir betreuten Person:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geb.-Dat.:

sowie über meine gesetzlichen Rechte wurde ich von Herrn/Frau Dr. med. \_\_\_\_\_  
aufgeklärt. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt. Meine Angaben unterliegen  
der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin mit der Abnahme von Probenmaterial (z.B. Blutprobe) und der Diagnostik der unten  
stehenden Fragestellung(en) / Erkrankung(en) einverstanden.

**Fragestellung:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> angeborene Anämie (allgemein)                  | <input type="radio"/> angeborene Erythrozytose (allg.) |
| <input type="radio"/> Thalassämie                                    | <input type="radio"/> hochaffine Hämoglobinvarianten   |
| <input type="radio"/> Sichelzellerkrankheit                          |  |
| <input type="radio"/> Hb-Variante mit hämolytischer Anämie           |  |
| <input type="radio"/> Anämie durch Ery.-Enzym-Mangel (PK, G6PDH)     |  |
| <input type="radio"/> Anämie durch Membrandefekt (z.B. Sphärozytose) |  |

**Untersuchung:**

- biochemische Untersuchung (z.B. Hämoglobin-Analyse)  
 ggf. genetische Analyse in Ergänzung zu biochemischer Untersuchung  
 ausschließliche genetische Untersuchung

Das Untersuchungsergebnis soll dem oben genannten Arzt, ggf. mitbetreuenden Ärzten des  
Universitätsklinikums Ulm und nachrichtlich folgendem Arzt / folgenden Ärzten mitgeteilt werden:

Herrn/Frau Dr. med.: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Ich möchte über die Untersuchungsergebnisse informiert werden  ja  nein

Ich möchte auch über bedeutsame Befunde, die über die oben genannte Fragestellung(en) hinausgehen (sogenannte Zusatzbefunde), informiert werden.  ja  nein

Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial darf in pseudonymisierter Form zur internen Qualitätssicherung, Lehre sowie für wissenschaftliche Zwecke eingesetzt und anonymisiert in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht werden dürfen.  ja  nein

Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial soll nach Abschluss der o.g. Untersuchungen vernichtet werden.  ja  nein

Ich stimme zu, dass meine Untersuchungsergebnisse für die genetische Beratung und Untersuchung meiner erst- u zweitgradigen Verwandten (Eltern, Kinder, Geschwister, Onkel, Tanten) ausschließlich meiner folgenden Verwandten:

\_\_\_\_\_ (ggf. Namen)  
genutzt werden dürfen (nicht zutreffendes bitte streichen).  ja  nein

Meine Untersuchungsergebnisse 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

**oder Bestätigung des einsendenden Arztes, dass schriftliches Einverständnis des Patienten/der Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters vorliegt**

Die Einwilligung des o.g. Patienten (bzw. bei Minderjährigen seiner Erziehungsberechtigten) zu den angeforderten Untersuchungen liegt mir gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) vor. Die Einwilligung zur Blut-/Gewebeentnahme, zur Archivierung sowie ggfls. Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke (anonym) sowie ggf. zu Weitergabe der Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle liegt mir ebenfalls vor. (Nichtzutreffendes bitte streichen!)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name des einsendenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des einsendenden Arztes