



## Einwilligungserklärung

zur Durchführung einer humangenetischen Analyse der Interleukin-Polymorphismen  
im MVZ Labor Koblenz-Mittelrhein

Neben der Beteiligung von Bakterien spielt die genetische Prädisposition des Patienten als Ursache von Parodontalerkrankungen eine entscheidende Rolle. Das Vorhandensein bestimmter Risikoallele des Interleukin-Gens kann eine überschießende Immunreaktion bewirken, welche den Verlauf einer Parodontitis oder einer Periimplantitis negativ beeinflussen kann.

Hiermit gebe ich [Name, Vorname] \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

mein Einverständnis, dass

- eine diagnostische genetische Untersuchung der Interleukin-Polymorphismen zur Abklärung eines erhöhten Parodontitis- bzw. Periimplantitis-Risikos
  
- bei mir
- bei meiner Tochter/meinem Sohn [Name, Vorname]

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

durchgeführt wird.

Ich wurde über die zu untersuchende Krankheit bzw. Anlageträgerschaft informiert. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt auf die oben genannte Diagnose und lässt keine Aussage über andere Erkrankungen zu. Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Analyse bin ich aufgeklärt worden. Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt.

Es steht mir frei, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

Ich bin

einverstanden

nicht einverstanden

- dass das Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse drei Monate aufbewahrt wird.

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

Unterschrift \_\_\_\_\_

Praxisstempel einsendender Arzt