



Einwilligungserklärung

zur Durchführung einer humangenetischen Analyse im MVZ Labor Koblenz-Mittelrhein
oder in einem mit dem MVZ kooperierenden Labor

Hiermit gebe ich [Name, Vorname] _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

mein Einverständnis, dass bei mir eine genetische Untersuchung

- von Faktor V-Leiden (Allel G-1691-A) zur Abklärung eines erhöhten Thrombophilie-Risikos
- der Prothrombin-Mutation (Allel G-20210-A) zur Abklärung eines erhöhten Thrombophilie-Risikos
- des Plasminogen-Aktivator-Inhibitors (Allele -675 4G/5G und A-844-G) zur Abklärung eines erhöhten Thrombophilie-Risikos
- einer MTHFR-Genmutation (Allele C-677-T und A-1298-C) bei Hyperhomocysteinämie
- einer Hämochromatose-Genmutation (Allele C-282-Y, H-63-D, S-65-C, E-168-X) wegen eines Verdachts auf Eisenspeicher-Krankheit
- auf Polymorphismen im Lactose-Gen (Allele C-13910-T und G-22018-A) bei Verdacht auf Lactose-Intoleranz (Verdauungsprobleme infolge Milchzucker-Unverträglichkeit)
- vom HLA-Merkmal _____ zur Abklärung einer Krankheitsassoziation mit _____
- andere Untersuchungen: _____

Hinweis: Bei prädiktiver genetischer Untersuchung ist nach Gendiagnostikgesetz eine vorherige genetische Beratung zwingend erforderlich.

- 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 Verdachtsdiagnose 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 und anonymisiert ggf. auch zu Maßnahmen, die der Qualitätssicherung dienen, verwendet werden darf.
- einverstanden nicht einverstanden
 - dass meine Probe ggfs. zur Analytik an ein mit dem MVZ kooperierendes Labor weitergeleitet wird.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Praxisstempel einsendender Arzt

