



Einwilligungserklärung/Gynäkologie

zur Durchführung einer genetischen 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
- beziehungsweise

- eine biochemische vorgeburtliche Risikoanalyse auf das Vorliegen einer Chromosomenstörung beim Kind (Ziel einer vorgeburtlichen Risikoanalyse ist das Ermitteln der Wahrscheinlichkeit, mit der eine Trisomie 21, 13 oder 18 bei Ihrem Feten vorliegt. Es handelt sich bei dieser Untersuchung nicht um eine Untersuchung des Erbgutes Ihres Kindes.)

durchgeführt wird.

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

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 bzw. biochemischen 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