

## **Informierte Zustimmung des Patienten/der Patientin (seines/ihrer Erziehungsberechtigten) zu der diagnostischen genetischen Untersuchung**

### **Basisinformationen**

Genetische Untersuchung ist eine spezialisierte medizinische Untersuchung, durch welche bei der untersuchten Person die erbliche Krankheit, und zwar durch direkte und/oder indirekte Analyse des vererbten genetischen Materials (Chromosomen, Genen), nachgewiesen oder ausgeschlossen, ggf. das zu erwartende Risiko der Entwicklung der Erbkrankheit bei dieser Person bestimmt sein sollte. Genuntersuchung ebenso wie die meisten diagnostischen Verfahren und ihre Durchführung benötigt Ihre formale Zustimmung, da es sich um höchst vertrauliche Informationen handelt.

### **Angaben zum Patienten/Patientin**

Vorname und Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Molekulargenetische Untersuchung (**bitte, die ausgewählten Untersuchungen ankreuzen**):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Faktor V Leiden | <input type="checkbox"/> Erbtrombose            |
| <input type="checkbox"/> Faktor II       | <input type="checkbox"/> Filaggrin-Genmutation  |
| <input type="checkbox"/> MTHFR 677       | <input type="checkbox"/> Farmakogenetika CYP450 |
| <input type="checkbox"/> MTHFR 1298      | <input type="checkbox"/> Vaterschaftsanalyse    |

Art der Probe: Schleimhautabstrich – Probe (Proben) werden nach Durchführung der genetischen Untersuchungen nach den einschlägigen Richtlinien entsorgt, wobei das Risiko entsteht, dass das Ergebnis der Untersuchung in der Zukunft nicht mehr, falls nötig, überprüft werden kann, und für eventuelle weitere genetische Untersuchung eine neue Probenentnahme benötigt wird.

**EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG** Ich, Patient/Patientin (**Erziehungsberechtigte**) erkläre hiermit, dass ich mich mit den Informationen über die Untersuchung (Wesentliches, Zweck, Charakter, Erfolg und Alternativen) vertraut gemacht habe. Ich hatte die Möglichkeit ergänzende Frage zu stellen, und alle meine Fragen, wenn ich sie gestellt habe, wurden beantwortet. Ich habe keine Tatsachen verschweigen, die die Wahl und Durchführung der genetischen Untersuchung beeinflussen oder andere Personen gefährden könnten.

**Aufgrund dieser Belehrung erteile ich meine ZUSTIMMUNG zur Durchführung der bezeichneten genetischen Untersuchung/Untersuchungen.** Ich bin mir bewusst, dass die Informationen über meinen genetischen Zustand, die ich erhalte, für mich stressig sein können. Die Ergebnisse der Untersuchung werden vertraulich behandelt und ohne meine Zustimmung dürfen sie niemanden mitgeteilt werden. Über die Ergebnisse der Untersuchung möchte ich unterrichtet werden.

Unterschrift des Patienten/Patientin (des Erziehungsberechtigten):

Datum und Ort:

Angaben zu dem/der Erziehungsberechtigten:

Vorname und Name:

Geburtsdatum:

Verhältnis zum Patienten: