

Bitte einsenden an:

Kepler Universitätsklinikum



Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik
Med Campus III. - Molekularbiologie

Einverständniserklärung zur Genetischen Analyse

Ich erkläre mich einverstanden, dass aus der mir / meinem Kind entnommenen Blutprobe und/oder Gewebe die Erbsubstanz DNA isoliert und die unten aufgeführte genetische Analyse im Institut für Med.-Chem. Labordiagnostik des Kepler Universitätsklinikums, oder in einem von diesem beauftragten zur Durchführung genetischer Analysen berechtigten Labor durchgeführt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Teil des Untersuchungsmaterials aufbewahrt wird, um gegebenenfalls die entsprechenden Ergebnisse überprüfen zu können und um in anonymisierter Form wissenschaftlichen Zwecken zu dienen.

Ich stimme der anonymen Verwendung von übrig gebliebenem Untersuchungsmaterial zu wissenschaftlichen Zwecken nicht zu. (ggf. bitte ankreuzen und unterzeichnen)

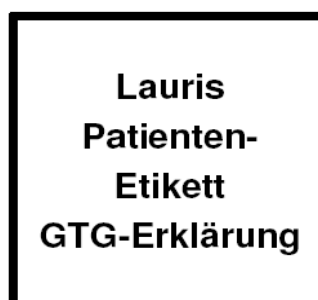
Ich erkläre, dass ich über das Wesen, die Aussagekraft und die Tragweite der angeforderten genetischen Analyse von meinem behandelnden Arzt aufgeklärt worden bin.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich der Aufnahme der Untersuchungsergebnisse in die Krankengeschichte und den Arztbrief schriftlich widersprechen kann, wenn es sich um die Feststellung einer Erkrankung, die Veranlagung bzw. die Feststellung eines Überträgerstatus ohne derzeitige weitere therapeutische oder prophylaktische Konsequenzen handelt.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass es Arbeitgebern, Versicherern und sonstigen Dritten gesetzlich verboten ist, Daten von genetischen Analysen oder genetische Analysen selbst zu erheben, zu verlangen oder zu veranlassen.

Genetische Analyse/Parameter: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____



Ort/Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____

Abteilung / Station / Ambulanz: _____