

MDA00201_Einverständniserklärung

Zentralinstitut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Patientendaten: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Name:	Einsender: Klinik / Station / Ambulanz / Arzt (Stempel / Unterschrift)
Vorname:	
Geb.:	Ansprechpartner:
Adresse:	Tel. / Funk

Direktor des Instituts
 Univ.-Prof. Dr. med. Fritz Boege
 Tel.: (0211) 81-18290
 Fax.: (0211) 81-18021
 Boege@med.uni-duesseldorf.de

Sekretariat
 Annette Lottritz
 Tel.: (0211) 81-17769
 Fax.: (0211) 81-18021
 Zentrallabor@med.uni-duesseldorf.de

**Ansprechpartner
Laborleitung**
 Dr. rer. nat. Karin Schulze-
 Bosse
 Tel.: (0211) 81-18092
 Fax.: (0211) 81-18013
 Karin.Schulze-Bosse@med.uni-duesseldorf.de

OA Dr. med. Derik Hermesen
 Tel.: (0211) 81-18020
 Fax.: (0211) 81-18013
 Hermesen@med.uni-duesseldorf.de

Leitstelle
 Tel.: (0211) 81-17759
 Fax.: (0211) 81-18013
 Leitstelle.Zentrallabor@med.uni-duesseldorf.de

Mit meiner Unterschrift erteile ich nach erfolgter Aufklärung durch _____ (Name Arzt/Ärztin) über Wesen, Bedeutung und Tragweite der zu untersuchenden Krankheit bzw. Anlageträgerschaft mein Einverständnis mit folgender genetischer Analyse und der dafür erforderlichen Blutentnahme:

Angeforderte genetische Untersuchung:

- Faktor V Leiden Mutation (G1691A)
- Prothrombin Mutation (G20210A)
- Morbus Meulengracht

Ich bin einverstanden, dass erhobene Befunde in Papier-/ elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert und in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke oder zur Qualitätssicherung genutzt werden.

Ich bin mit der Weitergabe meiner Befunde an den aufklärenden Arzt/Ärztin/Mitbehandler:in der Klinik einverstanden

Widerrufsbelehrung

Es steht mir frei, die Einwilligung ohne persönliche Nachteile jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angabe von Gründen zu widerrufen und somit von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. aller gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des/der GenDG verantwortlichen Arztes/Ärztin

Name des/der Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben

Q AE • ai' & A } d | a * oäæ fÖ | \ ' { \ } d ä @ ä \ { Ä } ä v ' } * • ä ä } • c