



Abteilung Innere Medizin II
Kommissarische Leitung: Prof. Dr. W. Bethge HLA-Labor
Prof. Dr. med. Reinhild Klein
PD Dr. F. Grünebach

Einwilligungserklärung (externer Einsender)
zur gentechnischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

Patienten-Daten: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Adresse: _____ _____	Einsender: Anfordernder Arzt: _____ <i>bitte in Druckbuchstaben</i> Klinik: _____ Adresse: _____ _____ <p>Wichtig: Bitte Telefonnummer angeben!</p> Tel./Fax: _____
--	--

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die Bedeutung und Tragweite der infrage stehenden Diagnostik, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen, aufgeklärt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die vom behandelnden Arzt genannte Untersuchung eingeräumt, und ich hab das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt, laborinterne Kontrollen und wissenschaftliche Zwecke (z. B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt wird.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin mit der Weitergabe des Befundes an mit- und nachbehandelnde Ärzte, innerhalb des Klinikums auch online, einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter

Auftrag: Hiermit bitte ich um Durchführung der auf Seite 1 ausgewählten Untersuchung.

Ort, Datum

Unterschrift des anfordernden Arztes

Bitte diese Seite mit Probe (10 bzw. 50 ml EDTA-Blut) und Begleitformular (Seite 1) einsenden!