Universitätsinstitut für Humangenetik der PMU
VORSTAND: UNIV.-PROF. DDR. DAVOR LESSEL

UNIKLINIKUM SALZBURG
LANDESKRANKENHAUS

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG EINER GENETISCHEN ANALYSE

Ich bin damit einverstanden*, dass bei
☐ **mir selbst**
☐ **meinem Kind / der von mir vertretenen Person** ..... **geboren am** .....

zur Abklärung des unten genannten Krankheitsbildes eine genetische Analyse an einer Blut-/Gewebe-/Fruchtwasserprobe o.Ä. durchgeführt wird. Ich wurde über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten genetischen Analyse von unten genanntem/r Facharzt/-ärztin aufgeklärt. Falls die Analyse in Salzburg nicht möglich ist, bin ich mit dem Versand der Probe und den nötigen klinischen Informationen an ein spezialisiertes, diagnostisches Labor im In- oder Ausland einverstanden.

Krankheitsbild: .....

Gewünschte Untersuchung:
☐ Chromosomenanalyse inkl. FISH
☐ Molekulargenetische Analyse
☐ Exom-Analyse
☐ Microarray (Molekulare Karyotypisierung)

Ich wurde über die besonderen Gegebenheiten dieser Untersuchung, speziell die Möglichkeit von unklaren Befunden oder Zufallsbefunden, informiert.

Über Zufallsbefunde möchte ich
☐ **generell informiert werden.**
☐ **nur dann informiert werden, wenn eine Vorbeugung/Therapie möglich ist**
☐ **NICHT informiert werden.**

Untersuchungsart: ☐ diagnostisch ☐ prädiktiv ☐ im Rahmen von Familienanalysen

Ich ☐ **untersage** die Dokumentation der im Rahmen dieser Einverständniserklärung gewonnenen genetischen Laborbefunde des Typs 2 und/oder 3 in Arztbriefen und Krankengeschichten (§ 65 iVm § 71a GTG). Die von mir erhobenen Ergebnisse der genetischen Analyse sollen – getrennt von anderen medizinische Befunden – nur in der Einrichtung, in der sie erhoben wurden, aufbewahrt werden.

☐ **Ich gestatte** die zusätzliche Übersendung eines zusammenfassenden Befundberichts an folgende/n Ärztin/Arzt

.....
Name des Arztes, Fachrichtung, PLZ/Ort

☐ **Ich untersage** die Verwendung für wissenschaftliche Zwecke bzw. Qualitätskontrollen

Mir ist bekannt, dass ich die Untersuchung jederzeit schriftlich und ohne Angabe von Gründen abbrechen lassen und/oder auf eine Ergebnismitteilung verzichten kann. Ich wurde auch darauf hingewiesen, dass ich der Dokumentation von genetischen Analysen in Arztbriefen und/oder in der Krankengeschichte schriftlich widersprechen kann.

Datum	Nachname/Vorname Patient/in bzw. Vertreter/in (BLOCKSCHRIFT)	Unterschrift Patient/in bzw. Vertreter/in

Datum	Nachname/Vorname aufklärende/r Facharzt/ärztin (BLOCKSCHRIFT)	Unterschrift aufklärende/r Facharzt/-ärztin

* Nach §69 des Gentechnikgesetzes darf eine genetische Analysen nur durchgeführt werden, wenn die zu untersuchenden Person (Erziehungsberechtigter bei unmündigen Personen, Sachwalter bei Personen bei denen ein Sachwalter bestellt ist) schriftlich bestätigt hat, dass sie durch einen/e Facharzt/ärztin für Humangenetik/Medizinische Genetik oder einen für das Indikationsgebiet zuständigen Facharzt über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der Analyse aufgeklärt wurde und aufgrund dieses Wissens mit der Analyse einverstanden ist.