

## Einverständniserklärung Thrombophilierisiko

### Einverständniserklärung zur genetischen Analyse und Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass aus der mir/meinem Kind entnommenen EDTA-Blutprobe die Erbsubstanz DNA zum Nachweis von möglichen genetischen Ursachen

eines **Thrombophilierisikos** untersucht wird.

Ich stimme außerdem zu, dass ein Teil des Untersuchungsmaterials aufbewahrt wird, um die entsprechenden Ergebnisse später überprüfen zu können. Hiermit erkläre ich gleichzeitig, dass ich über die Aussagekraft und die möglichen Konsequenzen der angeforderten Untersuchung von meinem Arzt aufgeklärt worden bin.

Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie können nur mit meiner Zustimmung an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte, nicht aber an Dritte weitergegeben werden.

Ich stimme zu

Ich stimme nicht zu (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Des Weiteren stimme ich zu, dass meine Daten für die Untersuchung von Angehörigen im Sinne einer Familienanalyse herangezogen werden können.

Ich stimme zu

Ich stimme nicht zu (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

### Bitte Patientenetikett aufkleben oder in Blockschrift ausfüllen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

Erstellt	am 01.04.2016	von I. Kremser	Dokumenten ID (DLS):	20160401090147364
Geprüft	am 01.04.2016	von Priv.-Doz. Mag. Dr. H. Oberkofler	Dokument:	FB-ZL-074 Version: 1
Freigegeben	am 04.04.2016	von FÄ Dr. C. Mrazek	Druckdatum:	10.04.2019
Gültig	von 22.03.2019	bis 22.03.2022	Status:	Freigegeben