

## Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass aus der mir/meinem Kind entnommenen Blutprobe die unten angeführte genetische Untersuchung durchgeführt wird.
- ☐ Ich stimme zu, dass meine Daten für die Untersuchung von Angehörigen im Sinne einer Familienanalyse herangezogen werden können.
- ☐ Ich stimme zu, dass die Daten der Analyse bzw. das Material selbst in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können.

### Thrombophilie Screening:

- ☐ Faktor V Leiden-Polymorphismus
- ☐ Prothrombin-Polymorphismus
- ☐ MTHFR-Polymorphismen

### Fam. Stoffwechselerkrankungen:

- ☐ HFE-Polymorphismen
- ☐ Alpha-1-Antitrypsin-Polymorphismen
- ☐ Lactase (LCT) „T/C-13910“-Polymorphismus
- ☐ Apolipoprotein E (APO E)-Polymorphismen

### Hämoglobinopathien-Abklärung:

- ☐ Thalassämie
- ☐ Hämoglobinvarianten

### Andere:

- ☐ Angiotensin-Converting-Enzyme (ACE)-I/D-Polymorphismus

Ich wurde über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten genetischen Analyse von unten genanntem/r Facharzt/-ärztin aufgeklärt. Mir ist bekannt, dass ich die Untersuchung jederzeit schriftlich und ohne Angabe von Gründen abbrechen lassen und/oder auf eine Ergebnismitteilung verzichten kann, sowie der Dokumentation des genetischen Laborbefundes (Typ 2 und/oder 3) in Arztbriefen und Krankengeschichten inklusive elektronischer Befunderfassungssysteme widersprechen kann (§ 65 iVm § 71a GTG).

Ich ☐ **WIDERSPRECHE**, dass Ergebnisse meiner genetischen Analysen des Typs 2 und/oder 3 in meinen Arztbriefen und meiner Krankengeschichte inklusive elektronischer Befunderfassungssysteme dokumentiert werden.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum

Vor- und Nachname Patient/in bzw.  
Vertreter/in (**BLOCKSCHRIFT**)

Unterschrift Patient/in bzw. Vertreter/in

Datum

Vor- und Nachname aufklärende/r  
Facharzt/-ärztin (**BLOCKSCHRIFT**)

Unterschrift aufklärende/r Facharzt/-ärztin

**Einverständniserklärung bitte ausdrucken und gemeinsam mit der Probe an das Labor schicken!**

|             |     |            |            |                                   |                      |                   |
|-------------|-----|------------|------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------|
| Erstellt    | am  | 12.03.2025 | von        | BSc N. Arnold                     | Dokumenten ID (DLS): | 20250312162455064 |
| Geprüft     | am  | 25.03.2025 | von        | Priv.-Doz. Mag. Dr. H. Oberkofler | Dokument:            | FB-UIIMCL-129     |
| Freigegeben | am  | 30.04.2025 | von        | a.o.Prof. Dr. J. Cadamuro         | Version:             | 1                 |
| Gültig      | von | bis        | 12.03.2028 |                                   | Status:              | Freigegeben       |