

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:

Untersuchungsart: ☐ diagnostisch ☐ prädiktiv ☐ im Rahmen von Familienanalysen

Zufallsbefunde:

Bei umfassenderen genetischen Analysen (z. B. genomweiten Analysen) können je nach Auswertungsstrategie zufällig Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht im Zusammenhang mit der diagnostischen Fragestellung stehen. Die Kenntnis solcher **Zufallsbefunde** kann medizinisch relevant, aber auch psychologisch belastend sein. Sie kann zudem für zukünftige Lebenssituationen Konsequenzen haben. Zufallsbefunde können mitgeteilt werden, müssen es jedoch nicht. Sie haben die Möglichkeit zu entscheiden, ob und welche Zufallsbefunde mitgeteilt werden.

Ich wünsche die Mitteilung von Zufallsbefunden:

☐ für medizinisch vorbeugbare oder therapierbare Erkrankungen

☐ für medizinisch NICHT vorbeugbare oder therapierbare Erkrankungen

Wird nichts angekreuzt, werden Zufallsbefunde NICHT mitgeteilt.

Bei vorgeburtlichen Analysen und bei Kindern und Jugendlichen werden Zufallsbefunde für einen Überträgerstatus und medizinisch nicht vorbeugbare oder therapierbare Erkrankungen, die sich erst im Erwachsenenalter manifestieren, zum Schutz des Rechts auf Nichtwissen in der Regel nicht mitgeteilt.

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.

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.