



An die
Gerinnungsambulanz Duisburg
Königsstraße 53 - 47051 Duisburg

Einwilligungserklärung zu einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Bitte dem Auftrag beifügen oder per Fax senden: 0203 / 300 98 99

Einsender	Patientendaten/Etikett
	Name, Vorname
	Geburtsdatum
	Straße
	PLZ Wohnort

Ich bin mit der Abnahme einer Blutprobe für die genetische Untersuchung einverstanden. Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf folgende abzuklärende Erkrankung/Fragestellung:

- Faktor V-LEIDEN-Mutation R506Q
- Prothrombinmutation G20210A
- HPA-Typisierung (Humane Plättchen-Antigene)
- thrombozytärer Kollagenrezeptor C807T
- Sonstiges: _____

Ich bin über die Art, Bedeutung und Tragweite der genetischen Analyse bezogen auf die abzuklärende Erkrankung ausführlich aufgeklärt worden. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und die Möglichkeit, zusätzliche Fragen zu stellen.

Die von mir gemachten Angaben und die Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur mit meiner ausdrücklichen Erlaubnis an Dritte weitergegeben.

Ich bin mit der Aufbewahrung von Probenmaterial zum Zwecke der späteren Nachprüfbarkeit der Ergebnisse einverstanden. Ja
 Nein

Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren einverstanden. Ja
 Nein

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an dieser Untersuchung freiwillig ist und ich meine Einwilligung zu der genetischen Untersuchung, der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses sowie zur Aufbewahrung der Probe jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann.

(Ort, Datum)

(Ort, Datum)

Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r)

Unterschrift verantwortliche/r Arzt/Ärztin

Name des/der Erziehungsberechtigten

Name des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin