Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung Thrombophilie*

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich wünsche die Durchführung der von meinem Arzt/meiner Ärztin vorgeschlagenen genetischen Untersuchung zur Bestimmung des Erbmerkmals **Faktor V Leiden, Prothrombinpolymorphismus und MTHFR-Polymorphismus** zur Abklärung folgender Erkrankung:

Übergerinnbarkeit (venöse Thrombophilie)

Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf die abzuklärende Erkrankung.

Ich bestätige hiermit, dass ich gemäß dem Gendiagnostikgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen aufgeklärt worden bin, und dass mir ausreichend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist. Die Bedeutung und Tragweite des Ergebnisses der gewünschten Untersuchung sowie die Verwendung und Aufbewahrung von Probenmaterial und Untersuchungsergebnissen wurden mir umfassend erläutert. Insbesondere wurde ich darauf hingewiesen, dass, wenn man Träger eines dieser Erbmerkmale oder in deren Kombination ist, leichter Thrombosen auftreten können (vor allem wenn noch weitere Risikofaktoren vorliegen). Die Merkmale sind mit 5 bis max. 8% relativ häufig in der Normalbevölkerung und erhöhen das Risiko für Thrombosen (Thrombophilie). Es ist wichtig, diese Merkmale zu bestimmen, da sich neben Behandlungskonsequenzen (z.B. Dauer einer notwendigen Blutverdünnung nach einer Venenthrombose) auch Empfehlungen zur Verhinderung von Thrombosen (Prophylaxemaßnahmen) ergeben können (u.a. Empfehlungen zur oralen Kontrazeption bei Frauen).

Die von mir gemachten Angaben und alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin einverstanden, dass weiterbehandelnde Ärzte/Ärztinnen von diesem Befund informiert werden, damit auch sie ihn bei ihrer Diagnosestellung oder Therapieplanung berücksichtigen können.

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

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an dieser Untersuchung freiwillig ist und ich meine Einwilligung zu der genetischen Untersuchung, der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses sowie der Aufbewahrung der Proben jederzeit und ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich widerrufen kann. Es steht mir zudem frei, ob ich das Ergebnis der Untersuchung erfahren oder nicht erfahren möchte.

Bemerkungen:

_____	_____
(Ort, Datum)	(Ort, Datum)
_____	_____
Name, Vorname Unterschrift	Unterschrift Patient/Patientin
Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin	*ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertreter/in*

Das Original der Einverständniserklärung wird in der Patientenakte verwahrt. Eine Kopie wird dem Untersuchungsauftrag an das Labor beigefügt, eine weitere Kopie dem Patienten / der Patientin ausgehändigt.

* Gemäß den Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission am Robert-Koch-Institut, Berlin in der Fassung vom 1.7.2011