

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung*

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich wünsche die Durchführung der von meinem Arzt/meiner Ärztin vorgeschlagenen genetischen Untersuchung zur Bestimmung des Erbmerkmals für die **hereditäre Hämochromatose** am Genort HFE. Hiervon sind Aufschlüsse zu erwarten, ob die erhöhte Speicherung von Eisen im Körper, die bei mir festgestellt wurde, auf dieser Erbanlage beruht.

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. Risiko-Erbanlagen an diesem Genort kommen bei knapp 1 % aller Menschen in Mitteleuropa vor. Bei Personen, bei denen typische Merkmale einer Eisenüberladung bereits festgestellt wurden, findet man diese Erbmerkmale dagegen sehr viel häufiger. Wenn man Träger dieses Merkmals ist, ist das Risiko hoch, an der Erkrankung Hämochromatose zu leiden. Bei Patienten mit gesicherter Hämochromatose findet man die Merkmale in ca. 90% der Fälle. Es ist wichtig, diese Erkrankung rechtzeitig zu erkennen, um sie effizient behandeln zu können.

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
Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin

Unterschrift

Unterschrift Patient/Patientin
ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertreter/in

Das Original der Einverständniserklärung wird in der Patientenakte verwahrt. Eine Kopie wird dem Untersuchungsauftrag an das Labor beigelegt, 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