

**Patientendaten bzw.
Patientenetikett**

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsdaten: _____

*** Bitte unbedingt ausfüllen! ***

**Einverständniserklärung zur Durchführung einer
Genanalyse (§ 65 GTG)**

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir selbst
 meinem Kind/Besachwalteten _____
geb. _____ zur Abklärung des u. g. Krankheitsbildes eine gene-
tische Untersuchung an einer Blut-/Gewebeprobe o.ä. durchgeführt wird. Ich
wurde fachärztlich über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten
Analyse aufgeklärt. Falls die Analyse nicht in Innsbruck möglich ist, bin ich mit
dem Versand der Probe an ein anderes diagnostisches Labor im In- oder
Ausland einverstanden.

Diagnose: _____

Genetische Analysen:

- Alpha 1-Antitrypsin-Mangel**
Mutationsanalyse E366K (rs28929474) und E288V (rs17580) des SERPINA1 Gens
- Hämochromatose**
Mutationsanalyse H63D (rs1799945) und C282Y (rs1800562) des HFE Gens; Eisenspeicherkrankheit
- PNPLA3 Polymorphismus**
Mutationsanalyse I148M (rs738409); Nichtalkoholische Fettlebererkrankung
- Morbus Wilson**
Mutationsanalyse H1069Q (rs76151636) des ATP7B Gens; Kupferspeicherkrankheit
- Whole Exome Diagnostik (WES) mit symptombasierter Auswertung** *nur nach telefonischer Rücksprache!*
- Sonstige genetische Diagnostik:**

Bei genomweiten Analysen (DNA-Array, Sequenzierung multipler Gene, WES u.a.): Ich wurde über die Besonderheiten dieser Analysen, speziell über die Möglichkeit von unklaren Befunden oder Zufallsbefunden informiert. Ich möchte über relevante **Zufallsbefunde:**

- ...generell informiert werden
- ...nur informiert werden, wenn eine Vorbeugung/Therapie möglich ist
- ...NICHT informiert werden

Überschüssiges Probenmaterial wird nach Befunderstellung unbefristet aufbewahrt (asserviert), um es ggf. für sinnvolle zukünftige diagnostische Zwecke verwenden zu können. Falls dies nicht gewünscht wird, kann jederzeit eine Vernichtung des Restmaterials verlangt werden.

Überschüssiges Material kann auch eine wichtige Quelle für Forschungs- und Entwicklungsarbeiten auf dem Gebiet der medizinischen Genetik sowie für Untersuchungen zur Qualitätskontrolle sein. Dabei wird das Material anonymisiert, so dass eine nachträgliche Zuordnung zu einer Person ausgeschlossen ist.

Ich bin mit einer eventuellen Verwendung von anonymisiertem überschüssigen Probenmaterial für wissenschaftliche Zwecke bzw. für Qualitätskontrollzwecke einverstanden: ja nein

Den vorausgehenden Text habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsbefund **in der Krankengeschichte und im Arztbrief dokumentiert wird:**

ja nein

Der Befund ergeht an folgende/n Zuweiser/in: _____

Ich bin insbesondere auch damit einverstanden, dass

- meine persönlichen und krankheitsbezogenen Daten EDV-technisch verwaltet werden.
- das Ergebnis der genetischen Untersuchung meiner Ärztin/meinem Arzt mitgeteilt wird.

Mir ist bewusst, dass ich alle Einwilligungen jederzeit auch mündlich widerrufen kann.

Fachärztliche Beratung durch: _____

verpflichtend nach §69 Gentechnikgesetz

Name, Vorname (Fachärztin/-arzt)

Unterschrift Fachärztin/-arzt

Datum

Patientenname, Vorname (ggf. Eltern, Sachwalter)

Unterschrift Patient/in