

An das
Institut für Labordiagnostik und Mikrobiologie
Feschnigstraße 11
A - 9020 Klagenfurt

Feschnigstraße 11
9020 Klagenfurt am Wörthersee
T +43 463 538-38444
F +43 463 538-38429
E elisabeth.sattlegger@kabeg.at
W www.kabeg.at

Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse

Ich, geb. am
Nachname, Vorname (in Blockbuchstaben)

bestätige, dass ich durch Frau/Herrn Dr. über
Nachname, Vorname (in Blockbuchstaben)

Wesen, Tragweite, Aussagekraft und mögliche Fehlerquellen der geplanten genetischen Analyse
aufgeklärt worden bin. Ich bin damit einverstanden, dass an einer von mir bzw. meiner Tochter /
meinem Sohn, bzw. der/dem von mir Beschwalteten (Unzutreffendes bitte streichen)

..... geb. am
Nachname, Vorname (in Blockbuchstaben)

entnommenen Probe eine genetische Untersuchung hinsichtlich Verdacht auf:

- | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------|
| <input type="radio"/> | Faktor V Leiden Mutation | <input type="radio"/> | DPYD-Mutationen |
| <input type="radio"/> | Prothrombin-Mutation | <input type="radio"/> | Hämochromatose |
| <input type="radio"/> | Weiteres (externer Versand): | | |

durchgeführt wird.

Mir ist bekannt, dass ich die Untersuchung jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen lassen
und/oder auf eine Ergebnismitteilung verzichten kann.

Ich erteile die Erlaubnis, dass die entnommene(n) Probe/Proben **in anonymisierter Form** auch für
wissenschaftliche Untersuchungen, die zur Aufklärung der Krankheitsentstehung und/oder der
Weiterentwicklung der diagnostischen bzw. therapeutischen Möglichkeiten dienen, verwendet werden
dürfen*.

Ja Nein

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift der/s Patientin/en

*Die Zustimmung zur oder Ablehnung der wissenschaftlichen Verwendung beeinflusst in keiner Weise
die genetische Untersuchung oder Beratung.

.....

Unterschrift der/s aufklärenden Ärztin/Arztes