

Probeneinsendung:
 Transplantationsimmunologie/ MG
 Universitätsklinikum Jena, Am Klinikum 1, 07747 Jena Labor
 Tel.: 03641/ 9396804

Einwilligungserklärung – HLA - Diagnostik zur Durchführung genetischer Analysen gemäß Gendiagnostikgesetz

Name, Vorname _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Untersuchungsauftrag

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> M. Bechterew/ M. Reiter/ Uveitis/ reaktive Arthritis HLA-B*27 | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis <i>shared epitope</i> |
| <input type="checkbox"/> M. Beçet HLA-B*51 | <input type="checkbox"/> Abacavir-Überempfindlichkeit HLA-B*57:01 |
| <input type="checkbox"/> Narkolepsie HLA-DQB1*06:02, HLA-DRB1*15:01 | <input type="checkbox"/> komplette HLA-Typisierung HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DQB1, HLA DRB1 |
| <input type="checkbox"/> Zöliakie HLA-DQB1*02, HLA-DQB1*03:02 | <input type="checkbox"/> sonstiges..... |

Verdachtsdiagnose:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in Absprache mit Ihren behandelnden Ärzten soll bei Ihnen oder einem Ihrer Familienangehörigen eine genetische Untersuchung durchgeführt werden. Nach dem am 1. Feb. 2010 in Kraft getretenen Gendiagnostikgesetz ist Ihre Einwilligungserklärung **unbedingte Voraussetzung** für die Durchführung einer genetischen Untersuchung.

Auch gilt, dass Sie vorher über die Möglichkeiten, Grenzen und denkbaren Konsequenzen der Untersuchungen von Ihrem Arzt ausführlich informiert werden müssen. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich zu widerrufen, so dass die begonnenen Untersuchungen sofort abgebrochen werden müssen.

Nach dem Gesetz müssen Proben nach der erfolgten Untersuchung vernichtet werden. Häufig ist es aber sinnvoll, die Proben zum Zwecke der Überprüfbarkeit der Ergebnisse, oder der Qualitätssicherung auch länger aufzubewahren, z.B. zur Erforschung neuer Erkrankungen, sowie zur Verbesserung von Diagnostikmethoden bereits bekannter Erkrankungen. Hierfür benötigen wir Ihr **ausdrückliches Einverständnis**.

Hiermit bestätige mit meiner Unterschrift, dass:

- ich von dem behandelnden Arzt über die Aussagekraft und Konsequenzen der obengenannten Untersuchung umfassend aufgeklärt worden bin,
- ich mit der Entnahme der Probe einverstanden bin und dass die Probe für genetische Untersuchungen zur Klärung der oben genannten Fragestellungen verwendet werden darf,
- mir ausreichende Bedenkzeit vor der Einwilligung zu oben genannten Untersuchungen zur Verfügung stand,
- ich darauf hingewiesen wurde, meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen zu können, und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren.

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen:

- | | |
|--|---|
| ▪ Ich möchte über die Ergebnisse der genetischen Untersuchung informiert werden. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Ich bitte um Weiterleitung der Ergebnisse (nach GenDG) an mitbehandelnde Ärzte Herr/ Frau/ Klinik | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse einverstanden. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials für Qualitätssicherung und zur Erforschung und Verbesserung der Behandlung genetischer Erkrankungen in anonymisierter Form einverstanden. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Ich bitte auch um die Mitteilung von Zufallsbefunden. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Bei fehlender Entscheidung wird von Zustimmung ausgegangen.

Ich wurde darüber informiert, dass evtl. Teile meiner Patienteninformationen zum Zweck der Abrechnung dieser speziellen Untersuchung an eine Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) übermittelt werden müssen.

Kostenübernahme	Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin Stempel oder Druckschrift
<input type="checkbox"/> Ü-Schein Nr 10 b.. UPD beider Eltern <input type="checkbox"/> stationär	Name:
<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> teilstationär	Anschrift:
<input type="checkbox"/> Für privat versicherte Patienten liegt die Kostenübernahmeerklärung ¹ ausgefüllt anbei <input type="checkbox"/> ambulant	Telefon:

Anmerkung: Genetische Untersuchungen belasten nicht das Budget des einsendenden Arztes.

 Ort, Datum

 Unterschrift Patientin/ Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)

 Unterschrift behandelnde/r verantwortliche(r) Ärztin / Arzt