



**Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse
(gemäß Gendiagnostikgesetz - GenDG)**

Hiermit erkläre ich **meine Einwilligung**, dass

- ☐ bei mir bzw.
- ☐ bei meinem von mir als Erziehungsberechtigtem vertretenen
Kind geb.

folgende genetische Analyse

- | | |
|---|--|
| ☐ α -1-Antitrypsin-Genotypisierung | ☐ Hämochromatose-Genmutation
(HFE-Genmutation) |
| ☐ Apo-B-100-Genmutation | ☐ HLA B27-Nachweis |
| ☐ Apo E-Genotypisierung | ☐ Lactoseintoleranz
(T/C-13910-Polymorphismus) |
| ☐ Faktor II-Genmutation
(Prothrombin-Genmutation) | ☐ MTHFR-Genmutation |
| ☐ Faktor V-Leiden-Genmutation
(APC-Resistenz) | ☐ andere: |

durchgeführt wird.

Mit der Entnahme der hierzu erforderlichen Untersuchungsprobe (Blut / Schleimhaut-
abstrich) bin ich einverstanden.

Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und mögliche Tragweite der genetischen Analyse
aufgeklärt. Ich hatte eine ausreichende Bedenkzeit und die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

Es steht mir frei, die Einwilligung zu jeder Zeit zu widerrufen oder von der Mitteilung des Ergebnisses
Abstand zu nehmen.

Ich bin einverstanden, dass die genetische Probe auch für andere medizinisch erforderliche
Laboruntersuchungen eingesetzt werden darf (andernfalls bitte streichen).

Ich bin einverstanden, dass die genetische Probe für Qualitätsmaßnahmen im Labor
eingesetzt werden darf (andernfalls bitte streichen).

Patient (Name, Vorname)

wohnhaft

.....

Ort, Datum

Unterschrift

Einsendender Arzt:

Praxisstempel, Unterschrift