

# MDA00201\_Einverständniserklärung

## Zentralinstitut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik

### Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

<b>Patientendaten:</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<b>Einsender:</b> Klinik / Station / Ambulanz / Arzt (Stempel / Unterschrift)
Name:	
Vorname:	
Geb.:	Ansprechpartner:
Adresse:	Tel. / Funk

**Direktor des Instituts**  
 Univ.-Prof. Dr. med. Fritz Boege  
 Tel.: (0211) 81-18290  
 Fax.: (0211) 81-18021  
 Boege@med.uni-duesseldorf.de

**Sekretariat**  
 Annette Lottritz  
 Tel.: (0211) 81-17769  
 Fax.: (0211) 81-18021  
 Zentrallabor@med.uni-duesseldorf.de

**Ansprechpartner  
Laborleitung**  
 Dr. rer. nat. Karin Schulze-  
 Bosse  
 Tel.: (0211) 81-18092  
 Fax.: (0211) 81-18013  
 Karin.Schulze-Bosse@med.uni-duesseldorf.de

OA Dr. med. Derik Hermesen  
 Tel.: (0211) 81-18020  
 Fax.: (0211) 81-18013  
 Hermesen@med.uni-duesseldorf.de

**Leitstelle**  
 Tel.: (0211) 81-17759  
 Fax.: (0211) 81-18013  
 Leitstelle.Zentrallabor@med.uni-duesseldorf.de

Mit meiner Unterschrift erteile ich nach erfolgter Aufklärung durch \_\_\_\_\_ (Name Arzt/Ärztin) über Wesen, Bedeutung und Tragweite der zu untersuchenden Krankheit bzw. Anlageträgerschaft mein Einverständnis mit folgender genetischer Analyse und der dafür erforderlichen Blutentnahme:

#### Angeforderte genetische Untersuchung:

- Faktor V Leiden Mutation (G1691A)
- Prothrombin Mutation (G20210A)
- Morbus Meulengracht

Ich bin einverstanden, dass erhobene Befunde in Papier-/ elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert und in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke oder zur Qualitätssicherung genutzt werden.

Ich bin mit der Weitergabe meiner Befunde an den aufklärenden Arzt/Ärztin/Mitbehandler:in der Klinik einverstanden

#### Widerrufsbelehrung

Es steht mir frei, die Einwilligung ohne persönliche Nachteile jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angabe von Gründen zu widerrufen und somit von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. aller gesetzlichen Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der GenDG verantwortlichen Arztes/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Name des/der Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben

Q Æ • ä' & Ä } c | a \* öæ ð | \ ' { v } á æ @ ä \ { } ä v ' } \* • ä ä } • c