

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

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse

Patientendaten (Patientenetikett)

Name des Patienten
Geburtsdatum
Abteilung
Aufnahmezahl (AZ)

Diagnose/Verdachtsdiagnose:

Ich bestätige, dass ich mit der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung einverstanden bin:

- | | |
|---|---|
| ☐ Faktor V Leiden Mutation | ☐ DPYD Mutationen |
| ☐ Prothrombin Mutation | ☐ HLA-B27 |
| ☐ Hämochromatose | ☐ Weiteres / externer Versand: |

Ich bestätige, dass ich durch meinen behandelnden Arzt über Wesen, Tragweite, Aussagekraft und mögliche Fehlerquellen der geplanten genetischen Analyse aufgeklärt worden bin und den Inhalt des Aufklärungsgesprächs verstanden habe.

☐ Ja ☐ Nein

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

☐ Ja ☐ Nein

Ich erlaube, dass die entnommene(n) Probe/Proben **in anonymisierter Form** für **wissenschaftliche Analysen**, die zur Aufklärung der Krankheitsentstehung und/oder der Weiterentwicklung der diagnostischen bzw. therapeutischen Möglichkeiten dienen, verwendet werden dürfen.¹

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ich **WIDERSPRECHE** der Dokumentation der diagnostischen bzw. therapie relevanten Befunde in Arztbriefen und Krankheitsgeschichten/ in der elektronischen Gesundheitsakte ELGA.

.....
Ort, Datum

.....
Name/Unterschrift der/s Patientin/en (gesetzlicher Vertreter?)
(in Blockbuchstaben)

.....
Name/Unterschrift der/s aufklärenden Ärztin/Arztes
(in Blockbuchstaben)

¹Die Zustimmung zur oder Ablehnung der wissenschaftlichen Verwendung beeinflusst in keiner Weise die genetische Untersuchung oder Beratung.

²Bei Minderjährigen nach Maßgabe des § 146c ABGB; Für eine Person, der ein Sachwalter bestellt ist, soweit vom Wirkungskreis des Sachwalters umfasst, der Sachwalter.