

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

## **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 :

- Faktor V Leiden Mutation
- Prothrombin Mutation
- Hämochromatose

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 gene-  
tische Untersuchung oder Beratung.

.....  
Unterschrift der/s aufklärenden Ärztin/Arztes

Version 5, gespeichert am: 16. Jän. 2017	Seite 1 von 1	V 5_Einverstaendniserklaerung_Genetisc heUS_20170112.doc
---	---------------	--