

Einverständniserklärung zur genetischen Analyse

ADR-AMB-FM

gültig ab: 09.05.2015

Version: 03

Seite 1 von 3

Patienten/innen-Klebeetikette

Klinik

Klinische Abteilung:

Station:

Indikation/Diagnose:

Einverständnis:

Ich bin damit einverstanden, dass

bei mir selbst

bei meinem (ungeborenen) Kind/Vertretenen _____,

geboren (Entbindungstermin) am _____ zur Abklärung des o. g. Krankheitsbildes eine genetische Untersuchung an einer Blut-/Gewebe-/ Fruchtwasserprobe o.ä. durchgeführt wird.

Ich bestätige, dass ich über das Eingriffsrisiko sowie das Wesen, die Tragweite und Aussagekraft der geplanten Analyse aufgeklärt wurde.

Die Beratung wurde durch eine/n Fachärztin/Facharzt für Medizinische Genetik/Humangenetik oder eine/n für das Indikationsgebiet zuständige/n Fachärztin/Facharzt durchgeführt:

ja, durch einen Facharzt/eine Fachärztin für _____

Zusatzbefunde:

Der Untersuchungsumfang richtet sich nach der Fragestellung zum o.g. Krankheitsbild. Im Einzelfall können jedoch im Rahmen der Untersuchung auch Veränderungen festgestellt werden, die nicht direkt mit der ursprünglichen Fragestellung in Zusammenhang stehen. Eventuell können auch Veränderungen gefunden werden, von denen man ohne weiterführende Untersuchung nicht ausschließen kann, dass sie vererbare Veranlagungen betreffen.

Ich wurde auf die Möglichkeit von Zusatzbefunden hingewiesen und möchte darüber informiert werden.

- Ja, wenn sich eine therapeutische Konsequenz ableitet.
- Ja, ich möchte jedenfalls über alle Ergebnisse informiert werden.
- Nein, ich möchte mein Recht auf Nichtwissen wahrnehmen.

Dokumentation und Information:

Sie können gemäß § 71a GTG bei Typ 2 und Typ 3 Untersuchungen der Dokumentation der Resultate in Arztbriefen und Krankengeschichten inklusive elektronischer Befunderfassungssysteme (z.B. AKIM, ELGA) widersprechen. Nach Aufklärung über die Widerspruchsmöglichkeit bin ich mit der Dokumentation der Resultate einverstanden.

- Ja
- Nein

Mir ist bekannt, dass ich auch nach erfolgter Einwilligung zur genetischen Analyse jederzeit mitteilen kann, dass ich über die Ergebnisse der Analyse und der daraus ableitbaren Konsequenzen nicht informiert werden möchte.

- Ja
- Nein

Ich stimme ausdrücklich zu, dass im Falle meines Ablebens das Ergebnis meiner molekulargenetischen Untersuchung an folgende Person(en) übermittelt werden darf:

Name:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

Probenaufbewahrung:

Nach Abschluss der Analysen wird überschüssiges Probenmaterial unbefristet aufbewahrt (asserviert, z.B. für ggf. sinnvolle zukünftige diagnostische Zwecke), sofern keine anderen Anweisungen gegeben wurden. Überschüssiges Material kann darüber hinaus eine wichtige Quelle für Forschungs- und Entwicklungsarbeiten auf dem Gebiet der medizinischen Genetik sowie für Untersuchungen zur Qualitätskontrolle darstellen. Dabei würde das Material in einer Weise anonymisiert, dass eine nachträgliche Zuordnung zu einer Person ausgeschlossen ist.

Ich bin mit einer eventuellen Verwendung von überschüssigem Probenmaterial für wissenschaftliche Zwecke bzw. für Qualitätskontrollzwecke in anonymisierter Form einverstanden.

Ja

Nein

Falls sich in der Zukunft neue Möglichkeiten zur Abklärung des o.g. Krankheitsbildes ergeben sollten, bin ich mit der Durchführung solcher Analysen einverstanden. Falls die Befunde für mich (mein Kind/meinen Vertretenen) von Bedeutung sein könnten, stimme ich zu dass ich diesbezüglich kontaktiert werden darf.

Ja

Nein

Falls die Analyse im AKH Wien nicht möglich ist, bin ich mit dem Versand der Probe an ein anderes diagnostisches Labor im In- oder Ausland einverstanden.

Ja

Nein

Mir ist bewusst, dass ich diese Einverständniserklärung oder Teile davon jederzeit widerrufen kann.

Dieses Formular ist mit jeder Anforderung an die durchführende Stelle (Labor, Pathologie etc.) zu übermitteln!

Ort, Datum

Name (leserlich), Geb.dat. und Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

Datum

Name des Arztes/der Ärztin in BLOCKBUCHSTABEN

Unterschrift des Arztes/der Ärztin