

**Patientendaten bzw.
Patientenetikett**

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Versicherungsdaten: _____

*** Bitte unbedingt ausfüllen! ***

**Einverständniserklärung zur Durchführung einer
Genanalyse (§ 65 GTG)**

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir selbst
 meinem Kind/Besuchwaltetem _____
geb. _____ zur Abklärung des u. g. Krankheitsbildes eine gene-
tische Untersuchung an einer Blut-/Gewebeprobe o.ä. durchgeführt
wird. Ich wurde fachärztlich über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft
der geplanten Analyse aufgeklärt. Falls die Analyse nicht in Innsbruck
möglich ist, bin ich mit dem Versand der Probe an ein anderes diagnosti-
sches Labor im In- oder Ausland einverstanden.

Diagnose: _____

Untersuchung:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hereditäre Hämochromatose (Eisenspeicherkrankheit)
H63D (rs1799945) und C282Y (rs1800562)-Mutationsanalyse
des Hämochromatose Gens (HFE) | <input type="checkbox"/> PNPLA3 (rs738409)
Prädiktiv für Triglyceridgehalt/Fettleberzirrhose-Risiko |
| <input type="checkbox"/> Alpha-1- Antitrypsin-Mangelerkrankung
Genotypisierung des Z- (rs28929474) und S- (rs17580) Allels | <input type="checkbox"/> IL28B (rs12979860)
Genetischer Prognosemarker zur HCV-Therapie mit Interferon |
| <input type="checkbox"/> Mb Wilson (Kupferspeicherkrankheit)
H1069Q (rs76151636) Mutationsanalyse des Wilson Gens (ATP7B) | <input type="checkbox"/> sonstige genetische Diagnostik:
_____ |

Für genomweite Analysen (DNA-Array, Sequenzierung multipler Gene u.a.): Ich wurde über die Besonderheiten dieser
Analysen, speziell die Möglichkeit von unklaren Befunden oder Zufallsbefunden, informiert. Ich habe den entsprechenden
Informationsbogen erhalten. Ich möchte über relevante

- Zufallsbefunde...**
- ...generell informiert werden;
 ...nur informiert werden, wenn eine Vorbeugung/Therapie möglich ist;
 ...NICHT informiert werden

Überschüssiges Probenmaterial wird nach Befunderstellung unbefristet aufbewahrt (asserviert), um es ggf. für sinnvolle
zukünftige diagnostische Zwecke verwenden zu können. Falls dies nicht gewünscht wird kann jederzeit eine Vernichtung
des Restmaterials verlangt werden.

Überschüssiges Material kann auch eine wichtige Quelle für Forschungs- und Entwicklungsarbeiten auf dem Gebiet der
medizinischen Genetik sowie für Untersuchungen zur Qualitätskontrolle sein. Dabei wird das Material anonymisiert, so
dass eine nachträgliche Zuordnung zu einer Person ausgeschlossen ist.

**Ich bin mit einer eventuellen Verwendung von anonymisiertem überschüssigem Probenmaterial für wissenschaftliche
Zwecke bzw. für Qualitätskontrollzwecke einverstanden.** ja nein

Den vorausgehenden Text habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass der Untersu-
chungsbefund **in der Krankengeschichte und im Arztbrief dokumentiert wird:**

ja nein

Der Befund ergeht an folgende/n Zuweiser/in: _____

Ich bin insbesondere auch damit einverstanden, dass

- meine persönlichen und krankheitsbezogenen Daten EDV-technisch verwaltet werden;
- das Ergebnis der genetischen Untersuchung meiner Ärztin/meinem Arzt mitgeteilt wird.

Mir ist bewusst, dass ich alle Einwilligungen jederzeit auch mündlich widerrufen kann.

Fachärztliche Beratung durch: _____

verpflichtend nach §69 Gentechnikgesetz

Name, Vorname (Fachärztin/-arzt)

Unterschrift Fachärztin/-arzt

Datum

Patientenname, Vorname (ggf. Eltern, Sachwalter)

Unterschrift Patient/in