

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG EINER GENETISCHEN ANALYSE

Ich bin damit einverstanden*, dass bei

mir selbst

meinem Kind / der von mir vertretenen Person **geboren am**

zur Abklärung des unten genannten Krankheitsbildes eine genetische Analyse an einer Blut-/Gewebe-/Fruchtwasserprobe o. Ä. durchgeführt wird. Ich wurde über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten genetischen Analyse von unten genanntem/r Arzt/Ärztin aufgeklärt. Falls die Analyse in Salzburg nicht möglich ist, bin ich mit dem Versand der Probe und den nötigen klinischen Informationen an ein spezialisiertes, diagnostisches Labor im In- oder Ausland einverstanden.

Krankheitsbild:

Gewünschte Untersuchung: Chromosomenanalyse inkl. FISH
 Molekulargenetische Analyse
 Exom-Analyse

Ich wurde über die besonderen Gegebenheiten dieser Untersuchung, speziell die Möglichkeit von unklaren Befunden oder Zufallsbefunden, informiert.

Über Zufallsbefunde möchte ich

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

Untersuchungsart: diagnostisch in Rahmen von Familienanalysen
 prädiagnostisch

Nur für Array-Diagnostik, Panel-Diagnostik, genomweite Analysen (z.B. Exom, Genom): Ich wurde über die Besonderheiten dieser Analysen, speziell die Möglichkeit von unklaren Befunden oder Zufallsbefunden informiert. Bei der Panel-Diagnostik werden mehrere Gene untersucht, die jeweils für das bei mir vorliegende Krankheitsbild relevant sein könnten; im Befund wird genau berichtet, welche Gene in welchem Umfang erfasst wurden. Ich habe das Patienteninformationsblatt zur Durchführung genetischer Analysen erhalten.

Ich **untersage** die Dokumentation der im Rahmen dieser Einverständniserklärung gewonnenen genetischen Laborbefunde des Typs 2 und/oder 3 in Arztbriefen und Krankengeschichten (§65 iVm § 71a GTG). Die von mir erhobenen Ergebnisse der genetischen Analyse sollen – getrennt von anderen medizinischen Befunden – nur in der Einrichtung, in der sie erhoben wurden, aufbewahrt werden.

Ich gestatte die zusätzliche Übersendung eines zusammenfassenden Befundberichts an folgende/n Ärztin/Arzt

.....
Name des Arztes, Fachrichtung, PLZ/Ort

Ich untersage die Verwendung für wissenschaftliche Zwecke bzw. Qualitätskontrollen

Überschüssiges Probenmaterial wird nach Befunderstellung aufbewahrt, um es ggf. bei zukünftigen diagnostischen Analysen verwenden zu können. Es kann auch für Zwecke der Qualitätskontrolle oder Methodenentwicklung verwendet werden; dabei wird das Material anonymisiert, so dass eine nachträgliche Zuordnung zu einer Person ausgeschlossen ist. Ich bin damit einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich die Untersuchung jederzeit schriftlich und ohne Angabe von Gründen abbrechen lassen und/oder auf eine Ergebnismitteilung verzichten kann. Ich wurde auch darauf hingewiesen, dass ich der Dokumentation von genetischen Analysen in Arztbriefen und/oder in der Krankengeschichte schriftlich widersprechen kann.

Datum	Nachname/Vorname Patient/in, Erziehungsberechtigte/r oder gerichtliche/r Erwachsenenvertreter/in (BLOCKSCHRIFT)	Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte/r oder gerichtliche/r Erwachsenenvertreter/in
-------	---	--

Datum	Nachname/Vorname aufklärende/r Arzt/Ärztin (BLOCKSCHRIFT)	Unterschrift aufklärende/r Arzt/Ärztin
-------	--	--

* Nach §69 des Gentechnikgesetzes darf eine genetische Analyse nur durchgeführt werden, wenn die zu untersuchende Person (Erziehungsberechtigter bei unmündigen Personen, gerichtlicher Erwachsenenvertreter bei Personen, bei denen ein gerichtlicher Erwachsenenvertreter bestellt ist) schriftlich bestätigt hat, dass sie durch eine/n Facharzt/-ärztin für Humangenetik/Medizinische Genetik oder einem für das Indikationsgebiet zuständigen Facharzt oder einem Allgemeinmediziner mit Zertifikat für klinische Genetik über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der Analyse aufgeklärt wurde und aufgrund dieses Wissens mit der Analyse einverstanden ist.