

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Einwilligungserklärung des Patienten zur humangenetischen Diagnostik



Inhalt des Aufklärungsgespräches:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Faktor 5-Leiden | <input type="checkbox"/> HLA B27 |
| <input type="checkbox"/> Prothrombinmutation | <input type="checkbox"/> HLA DQ2/DQ8 (Zoeliakie-Risiko) |
| <input type="checkbox"/> Hämochromatose | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz |
| <input type="checkbox"/> andere | |

Hiermit bestätige ich, dass

ich von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten genetischen Untersuchung(en) aufgeklärt wurde,

mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde,

ich mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden bin,

ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Zusätzlich erkläre ich mein Einverständnis mit folgenden Vorgehensweisen:

Nach Abschluss der Analyse kann das Probenmaterial aufbewahrt werden, damit ggf. weitere Untersuchungen nachgefordert werden können oder Kontrolluntersuchungen möglich sind.

Ich stimme der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus zu.

Die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse darf an mitbehandelnde Ärzte der Einrichtung oder deren Vertreter erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Vertreters

Verantwortlicher Arzt