



KLINIKUM

DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinikum der Universität München • Klinik für Anaesthesiologie • Labor für Immungenetik und Molekulare Diagnostik ATMH • Max-Lebsche-Platz 32 • 81337 München

CAMPUS GROSSHADERN
CAMPUS INNENSTADT

KLINIK FÜR ANAESTHESIOLOGIE
ABTEILUNG FÜR TRANSFUSIONSMEZIZIN
UND HÄMOSTASEOLOGIE



Prof. Dr. med. Michael Spannagl
Dr. med. Teresa Kauke

Labor für Immungenetik und molekulare Diagnostik
Abt. für Transfusionsmedizin und Hämostaseologie
Max-Lebsche-Platz 32
81377 München

Bitte zusammen mit dem
Untersuchungsauftrag, per
Post oder per Fax
zurücksenden
089-7095-7411

**Labor für Immungenetik und
Molekulare Diagnostik**
Abteilung für Transfusionsmedizin
und Hämostaseologie
Klinik für Anaesthesiologie
Campus Großhadern
Max-Lebsche-Platz 32
81377 München
Tel. +49(0)89 7095 – 7402 Fax – 7411
lfi@lrz.uni-muenchen.de

Einverständniserklärung zur molekulargenetischen Analyse und Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials und der Ergebnisse gemäß Gendiagnostikgesetz vom 01.02.2010

Patientenetikett
oder
Vorname, Name, Geburtsdatum,
in lesbarer Schrift

Ich willige hiermit ausdrücklich und schriftlich in die genetische Untersuchung und die Gewinnung der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeprobe ein, nachdem ich von

Herrn/Frau Dr. med. _____ am

über die geplante(n) genetische(n) Analyse(n) bezüglich der bei mir/meinem Kind gestellten (Verdachts-) Diagnose(n) bzw. der im Zuge der geplanten Transplantation nötigen HLA-Typisierungen informiert worden bin. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass sich mit den gegenwärtig verfügbaren Methoden nicht alle genetischen Veränderungen (Mutationen) und Varianten nachweisen lassen. Außerdem sind für eine Reihe von Erkrankungen noch nicht alle genetischen Ursachen bekannt. Dementsprechend lassen sich aus den Ergebnissen dieser Untersuchung(en) nicht in jedem Fall therapeutische Konsequenzen ziehen und/oder prognostische Aussagen über den Krankheitsverlauf treffen.

Das Gendiagnostikgesetz schreibt vor, dass eine genetische Probe unverzüglich vernichtet werden muss, wenn sie für die Zwecke, für die sie gewonnen wurde, nicht mehr benötigt wird. Für eine längere Probenaufbewahrung, eine Verwendung zu anderen Zwecken und die Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse ist eine ausdrückliche und schriftliche Einwilligung erforderlich. Daher sind folgende Einwilligungen für die geplanten Untersuchungen nötig und werden von mir vorgenommen:

- Ich stimme zu, dass ein Teil des Untersuchungsmaterials aufbewahrt wird, um die entsprechenden Ergebnisse später überprüfen zu können oder um zu einem späteren Zeitpunkt weitere Untersuchungen zur Diagnosefindung oder zur genaueren genetischen Typisierung durchführen zu können.
- Ich stimme zu, dass etwaig überschüssiges Untersuchungsmaterial in verschlüsselter, anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen der medizinisch-naturwissenschaftlichen Forschung verwendet wird, und dass die Ergebnisse dieser Studien publiziert werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die in schriftlicher und elektronischer Form gespeicherten Ergebnisse der Untersuchungen nicht nach 10 Jahren (Gen-Diagnostik-Gesetz) vernichtet werden sondern bis zu 30 Jahre (Verjährungsfrist nach Bürgerlichem Gesetzbuch BGB) aufbewahrt werden, damit diese Daten bis zur endgültigen Verjährung zur Verfügung stehen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse nicht nur dem/der Arzt/Ärztin in schriftlicher Form mitgeteilt wird, der/die die genetische Analyse veranlasst hat, sondern auch die übrigen mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzte von dem Ergebnis informiert werden dürfen.
- Auskünfte an andere Stellen wie z.B. Versicherungen, Krankenkassen, Arbeitgebern, Ämter usw. bedürfen meiner gesonderten, ausdrücklichen und schriftlichen Zustimmung
- Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf die Untersuchungsergebnisse für genetische Beratungen und/oder Untersuchungen von Familienangehörigen genutzt werden dürfen, damit z.B. ein geeigneter Organ- oder Knochenmarkspender für meinen Familienangehörigen gefunden werden kann.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag gegebenenfalls an ein anderes geeignetes Labor weitergeleitet wird, falls die Untersuchung in diesem Labor nicht vollständig möglich sein sollte.
- Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
- Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit mündlich oder schriftlich und ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Offene Fragen wurden in einem persönlichen Gespräch mit dem / der aufklärenden Arzt / Ärztin beantwortet.

**Ort/Datum/Unterschriften
Arzt/Ärztin**

Patienten/Erziehungsberechtigten

Aufklärende(r)