Medizinische Universitätsklinik, Sektion Laboratoriumsmedizn, Im Neuenheimer Feld 671, 69120 Heidelberg

Medizinische Klinik
Abteilung Innere Medizin I
und Klinische Chemie
Ärztl. Dir.: Prof. Dr. P. Nawroth
Sektion Laboratoriumsmedizin
Im Neuenheimer Feld 671
69120 Heidelberg
Molekularbiologisches Labor
Leiter: Dr. med. Maik Brune
Tel.: 06221 / 56-37943

Einverständniserklärung FB-QM-024 / A

Einverständnis zur genetischen Analyse und Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial

Patient: Name: Vorname: Geb. Datum: Adresse:	Einsender: Stempel

Ich erkläre mich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis des Widerrufsrechtes einverstanden, dass von mir entnommenes Blut im Rahmen des unten genannten Untersuchungsgrundes auf genetische Veränderungen (Mutationen) untersucht wird. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Befunde in Papierform und in elektronischer Form gemäß den gesetzlichen Vorgaben gespeichert und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.
Ich stimme außerdem zu, dass ein Teil des Untersuchungsmaterials aufbewahrt wird, um die entsprechenden Ergebnisse überprüfen zu können. Die aufbewahrte Probe darf nur bei einem neuen Untersuchungsauftrag, der nur mit meiner erneuten Einwilligung erfolgt, verwendet werden.
Ich wurde über Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt. Die sich für mich aus den Ergebnissen dieser Untersuchung persönlich ergebenden Konsequenzen wurden ausführlich erläutert.
Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden nur mit meiner Zustimmung an Familienangehörige und deren behandelnde Arzte, nicht aber an Dritte weitergegeben.

Untersuchungsgrund: _____

Der anonymisierten Verwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke stimme ich zu: ____ Ja ____ Nein (bitte ankreuzen)

Der anonymisierten Verwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für qualitätssichernde Maßnahmen (positiv / negativ Kontrollen) stimme ich zu: ____ Ja ____ Nein (bitte ankreuzen)

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift des Patienten oder Sorgeberechtigten

Nur für privatversicherte Patienten: Ich bin damit einverstanden, dass ich für die angeforderte Untersuchung eine Rechnung der PVS (privatärztlichen Verrechnungsstelle) erhalte.

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift des Patienten oder Sorgeberechtigten

Fax: 06221 / 56-22857