



# UniversitätsKlinikum Heidelberg

**Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin**  
 Angelika-Lautenschläger-Klinik  
**Prof. Dr. med. G.F. Hoffmann**  
 Geschäftsführender Direktor

**Stoffwechszentrum Heidelberg**  
**Stoffwechzellabor**  
 Im Neuenheimer Feld 669  
 69120 Heidelberg  
 Tel.: +49 (0)6221 56 8276  
 Fax: +49 (0)6221 56 5565  
 www.stoffwechsel.uni-heidelberg.de

## Einverständniserklärung zu biochemischen Untersuchungen (Bitte dem Anforderungsschein beilegen!)

*(Immer bei Enzymaktivitätsbestimmungen sowie Hautbiopsien/Fibroblastenkulturen!)*

Patient/in <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Name: Vorname: Geb.: Adresse:	<b>Einsender:</b> Klinik/Station/Ambulanz/Arzt/Tel/Fax
--	--

<b>Angeforderte Analyse/n</b> <small>(unten eingeben oder Verweis auf Anforderungsschein vom Datum .....)</small>

<p><b>Einverständnis der Patientin / des Patienten / des gesetzlichen Vertreters</b>  <small>(gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung! - bzw. ggf. Kopie einer gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung.)</small></p> <p>Ich/wir wurden vor der Probennahme zu Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und gesundheitlichen Risiken der Untersuchung im Sinne des §8 Abs. 1 GenDG informiert. Widerrufe nach §8 Abs. 2 werden dem Labor unverzüglich übermittelt. Ich/wir stimme/n zu, dass die Befunde nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit diese auch für künftige Fragestellungen der Familie zur Verfügung stehen.</p> <p>Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die Proben nach Abschluss der Untersuchungen zum Zweck der Nachprüfbarkeit sowie ggf. für weitere diagnostische Untersuchungen auf Anforderung verwendet oder archiviert werden. Einer Nutzung in anonymisierter Form für wissenschaftliche Untersuchungen oder als Qualitätskontrolle stimme ich ebenfalls zu. Ich/wir stimme/n zu, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. <b>(Nichtzutreffendes bitte streichen.)</b></p>
---

<b>Ort und Datum</b>	<b>Name</b> (in Druckschrift)	<b>Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters</b>
----------------------	-------------------------------	--

<b>Ort und Datum</b>	<b>Name</b> (in Druckschrift)	<b>Unterschrift des aufklärenden Arztes gemäß § 8 Abs. 1 GenDG</b>
----------------------	-------------------------------	--