



Einverständniserklärung

Patientendaten	Name, Vorname	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> neutral	Vertreter	Name, Vorname	Patient ist <input type="radio"/> Sohn/Tochter <input type="radio"/> besachwaltert
	Geburtsdatum	Geschlecht		Geburtsdatum	
	Straße			Straße	
	PLZ	Ort		Land	PLZ

Indikation	Klinische Diagnose/Angaben:
------------	--

Einverständnis	<p>Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass ich über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten genetischen Analyse aufgeklärt wurde und mit der Durchführung der Analyse an der mir (meinem Kind/Besachwalteten) entnommenen Probe einverstanden bin. Mir ist bewusst, dass genetische Untersuchungen Informationen über die biologische Elternschaft liefern können. Ich weiß, dass ich jederzeit das Einverständnis für die Untersuchung widerrufen bzw. mitteilen kann, dass ich das Ergebnis der Analyse und der ableitbaren Konsequenzen nicht erfahren möchte.</p> <p>Sofern ich keine anderen schriftlichen Anweisungen gebe, wird überschüssiges Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung(en) für eine Überprüfung der Ergebnisse und eventuelle nachträglich angeforderten Zusatzuntersuchungen am Institut für Medizinische Genetik Wien aufbewahrt.</p> <p>In seltenen Fällen kann es im Rahmen von genetischen Untersuchungen zum Nachweis von Krankheiten oder Veranlagungen für Krankheiten kommen, die nicht im direkten Zusammenhang mit der oben angegebenen Indikation stehen (Zufallsbefunde). Sollte dies auftreten, bitte ich</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> keine Mitteilung zu aufgetretenen Zufallsbefunden zu erhalten. <input type="radio"/> um die Mitteilung von Zufallsbefunden für Krankheiten, zu denen Therapie oder Prophylaxe möglich sind. <input type="radio"/> zusätzlich auch um die Mitteilung von Zufallsbefunden für Krankheiten, zu denen zurzeit keine Therapie oder Prophylaxe möglich sind. <p>(Wird nichts angekreuzt, gehen wir davon aus, dass keine Zufallsbefunde mitgeteilt werden sollen.)</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und genetischen Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke (z.B. Qualitätssicherung, Weiterentwicklung der diagnostischen Möglichkeiten, Aufklärung der Krankheitsentstehung) verwendet werden. (Falls nicht, Absatz bitte durchstreichen.)</p>
----------------	--

Unterschriften	Datum	Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters		
	Datum	Unterschrift des Arztes	Name in BLOCKBUCHSTABEN	Telefon

Eine Untersuchung darf nur bei vollständig ausgefülltem Formular und mit Unterschriften erfolgen!