

**Alle rot umrandeten Felder  
müssen ausgefüllt sein!**

Protokoll-Nr. (HLA-Labor)

Bitte Patientenetikett einkleben oder in Druckbuchstaben ausfüllen

Einsender

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

**JG|U UNIVERSITÄTSmedizin.**  
MAINZ

**Institut für Transfusionsmedizin  
- Transfusionszentrale**

**HLA-Labor**

Direktorin: Univ.- Prof. Dr. med. D.S. Krause  
Augustusplatz 4, 55131 Mainz  
Telefon: 06131-17-3203



Akkreditiert durch die  
European Federation for Immunogenetics

Laborinfos

# Einwilligungserklärung zur genetischen Diagnostik

## abzuklärende Fragestellung/Genanalyse

[Redacted box for question/analysis]

(bitte eintragen, Untersuchungsauftrag kann sonst nicht ausgeführt werden!)

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Durchführung der genetischen Untersuchung/Analyse zur Abklärung der oben genannten Fragestellung sowie der Gewinnung der dafür erforderlichen genetischen Probe. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt und ausschließlich auf diese Fragestellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu anderen Erkrankungen oder Erbanlagen.

Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und Tragweite der Analyse aufgeklärt. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen und von einer Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung oder Teilen davon Abstand nehmen kann.

Ich bin damit  einverstanden  nicht einverstanden,

dass verbleibendes Probenmaterial sowie alle Aufzeichnungen für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meine Ärztin/meinen Arzt, Maßnahmen zur Sicherung oder Verbesserung der Qualität der durchzuführenden Analytik und in streng pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

[Redacted box for location and date]

Ort, Datum

[Redacted box for patient/representative signature]

Unterschrift des Patienten/Vertreter

Name, Vorname in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_  
(falls von Patienten abweichend)

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden: [Redacted box]  
Datum, Unterschrift Arzt