

Bitte Patientenetikett einkleben oder in Druckbuchstaben ausfüllen		 <b>UNIVERSITÄT</b> medizin. <small>MAINZ</small>	
Einsender			Institut für Transfusionsmedizin – Transfusionszentrale
Name, Vorname	Geburtsdatum		
Adresse			Transplantationsimmunologisches Labor Geb. 900, 2. OG, Raum 2.056 Augustusplatz 4 55131 Mainz Telefon: +49 (0) 6131 17-3203 Telefax: +49 (0) 6131 17-8451 E-Mail: hla-transfusionszentrale@unimedizin-mainz.de www.transfusionszentralemainz.de

## Einwilligungserklärung zur genetischen Diagnostik

### abzuklärende Fragestellung/Genanalyse

(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 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 anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Vertreter

Name, Vorname in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

(falls von Patient abweichend)

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Arzt