

Einverständniserklärung zu immun- und enzymhistochemischen Untersuchungen / Westernblot-Untersuchungen (Bitte dem Anforderungsschein beilegen!)

Patient: Name: Vorname: geboren: Adresse:	Einsender: Klinik/Station/Arzt/Tel/Fax
--	---

Angeforderte Analyse/n (Bitte zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Enzymhistochemie: Myoadenylatdeaminase (MAD), Myophosphorylase, Phosphofruktokinase, Lactat-Dehydrogenase
- ☐ Immunhistochemie: Proteine zum Ausschluß/Nachweis einer Muskeldystrophie (Dystrophin u.a.),
Proteine zum Ausschluß/Nachweis einer Proteinaggregat-Myopathie
- ☐ Sonstiges:

Einverständnis der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters

(gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung! – bzw. ggf. Kopie einer gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung.)

Ich/wir wurden von 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.

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 zum Zweck der laborinternen Qualitätskontrolle stimme ich ebenfalls zu. Ich/wir stimme/n zu, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. (Nichtzutreffendes bitte streichen).

Ort und Datum

Name (in Druckschrift)

Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw.
des/der (gesetzlichen) Vertreter/s

Ort und Datum

Name (in Druckschrift)

Unterschrift der aufklärenden Arztes
gemäß § 8 Abs.1 GenDG