Klinikum Braunschweig

Bitte senden an:	Auftragsnummer:
Städtisches Klinikum Braunschweig Institut für Klinische Transfusionsmedizin Celler Str. 38 38114 Braunschweig Telefon: 0531 595-3735 Telefax: 0531 595-3758	**Bitte nicht ausfüllen**

Aufklärung und Einwilligung nach dem Gendiagnostikgesetz - HLA

Einsender / Stationsetikett	Patientendaten ggf. Patientenetikett
	Name, Vorname
	Geburtsdatum
	Straße
	PLZ, Wohnort

Wenn gezielt HLA-Merkmale, die mit bestimmten Erkrankungen/Komplikationen assoziiert sind, z.B. HLA-B27, ist es erforderlich dieses Formular auszufüllen. *

* Für Untersuchungen der HLA-Merkmale im Rahmen von Gewebebestimmung bei Transplantationen ist, entsprechend der Begründung zu Nummer 6, des Gendiagnostikgesetzes, keine Einwilligung und Aufklärung erforderlich.

Genetische Untersuchung / Fragestellung (bitte eintragen):

Hiermit erkläre ich mich einverstanden für die Probennahme und die Durchführung einer genetischen Untersuchung zur Abklärung, der oben genannten Fragestellung.
Über die Art, Bedeutung und Tragweite der Analyse wurde ich umfassend aufgeklärt. Ich habe keine weiteren Fragen, alle Fragen wurden vollständig beantwortet. Mit der Erfassung, Auswertung und Weitergabe der persönlichen Daten, unter Berücksichtigung aller Datenschutzgesetze, des Gendiagnostikgesetzes, auch über elektronische Datenverarbeitung, bin ich einverstanden.
Die durchzuführende Analyse richtet sich gezielt auf die oben genannte Fragestellung, sie dient nicht der Erlangung von Aussagen über eventuelle Krankheiten oder Erbanlagen. Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Untersuchung des Untersuchungsergebnisses und zu Kontrollzwecken bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.
Die Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden, von der Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung kann ich Abstand nehmen.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des/der Patient/in
Ggf. Erziehungsberechtigter/Gesetzlicher Vertreter

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden und ich beauftrage Sie mit der oben genannten genetischen Untersuchung.

_____ _____
Ärztliche Unterschrift Arztname (in Druckbuchstaben oder Stempel