

Patientenidentifikation

Hepatologische Genanalyse

Lieferadresse: K5 01 4100 OE 6820

Tel.: 0511-532 3828 (Probenann.) 4814 (Labor)
 Fax. 0511-532 3825

Privat Kasse stationär ambulant

ANFORDERUNG: http://www.mh-hannover.de/gas_labor.html

Datum: Blutabnahme _____

Unterschrift (Einsender) _____

Medizin. Indikation als ICD-CODE und Diagn.Gewißheit

A - Ausgeschlossene Diagn.; **G** - Gesicherte Diagn.;
VA - Verdachtsdiagn.; **ZN** - Zustand nach einer Diagn.

UNBEDINGT EINTRAGEN !

10 ml EDTA - Blut

Gilbert Diagnostik / UGT1A1* 28 (TaqMan allelische Genotypisierung Diskriminierung)

Einwilligungserklärung des Patienten/der Patientin/des (gesetzl.) Vertreters zur Durchführung einer genetischen Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz

- Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung bei mir oder bei meinem minderjährigen Kind. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert, auch wurde mir eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.
- Nachdem die nachfolgenden Fragen mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie bitte diese durch das Ankreuzen mit Ja oder Nein:

• Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial überlasse ich hiermit dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat, für Laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen, Lehre oder wissenschaftliche Zwecke. (Nichtzutreffendes bitte streichen).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Ich bin damit einverstanden, dass folgende Ärzte ebenfalls eine Befundmitteilung erhalten: _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

 Name, Vorname, Geb.Datum des Patienten (Druckbuchstaben)

 Ort Datum Unterschrift des Patienten/der Patientin/des gesetzlichen Vertreters

 Ort Datum Name des aufklärenden Arztes Unterschrift des aufklärenden Arztes