

## Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung

Direktor:  
Prof. DDr. med. J. Zschocke  
Peter-Mayr-Str. 1  
A-6020 Innsbruck  
  
Tel: (+43) 512-9003-70531  
Fax: (+43) 512-9003-73510  
humgendiag@i-med.ac.at  
www.humgen.at

Ich bin damit einverstanden, dass bei

- mir selbst  
 meinem Kind/Besuchwaltetem \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

zur Abklärung des u. g. Krankheitsbildes eine genetische Analyse an einer Blut-/Gewebe-/Fruchtwasserprobe o.ä. durchgeführt wird. Ich wurde fachärztlich über Wesen, Tragweite, Umfang und Aussagekraft der geplanten Untersuchung aufgeklärt. Falls die Analyse nicht in Innsbruck möglich ist, bin ich mit dem Versand der Probe an ein anderes diagnostisches Labor im In- oder Ausland einverstanden\*.

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Untersuchung:**  Molekulargenetik  Chromosomen (incl. FISH)  DNA-Array  
 \_\_\_\_\_

**Untersuchungsart:**  Diagnostisch  Prädiktiv (Abklärung zukünftiger Krankheitsrisiken)  
 Pränatal  Im Rahmen von Familienanalysen

**Nur für Array-Diagnostik, Panel-Diagnostik, genomweite Analysen (z.B. Exom, Genom):** Ich wurde über die Besonderheiten dieser Analysen, speziell die Möglichkeit von unklaren Befunden oder Zufallsbefunden informiert. Bei der Panel-Diagnostik werden mehrere Gene untersucht, die jeweils für das bei mir vorliegende Krankheitsbild relevant sein könnten; im Befund wird genau berichtet, welche Gene in welchem Umfang erfasst wurden. **Ich habe die relevanten Informationsblätter erhalten:**

zur Array-Diagnostik  zur Panel-Diagnostik  zu genomweiten Analysen (Exom, Genom)

Meine persönlichen bzw. krankheitsbezogenen Daten werden EDV-technisch verwaltet und gespeichert. Für molekulargenetische Analysen werden ggf. neue Verfahren (massiv-parallele Sequenzierung) angewendet, bei denen auch Gensequenzen ohne Bezug zur Fragestellung technisch erfasst werden. Daten ohne konkreten klinischen Bezug werden im Rahmen der Diagnostik nicht ausgewertet, können aber anonymisiert für die Qualitätskontrolle verwendet werden. Ich bin damit einverstanden\*.

**Überschüssiges Probenmaterial wird nach Befunderstellung aufbewahrt, um es ggf. bei zukünftigen diagnostischen Analysen verwenden zu können.** Es kann auch für Zwecke der Qualitätskontrolle oder Methodenentwicklung verwendet werden; dabei wird das Material anonymisiert, so dass eine nachträgliche Zuordnung zu einer Person ausgeschlossen ist. Ich bin damit einverstanden\*.

Ich bin damit einverstanden, dass das Ergebnis der genetischen Untersuchung

- meiner/m betreuenden Ärztin/Arzt (und ggf. anderen von mir bestimmten Personen) mitgeteilt wird;
- soweit gesetzlich zulässig in Arztbriefen und Krankengeschichten dokumentiert wird\*.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligungen durch Mitteilung an das Institut widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Patientenname, Vorname (bzw. Eltern, Sachwalter)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Fachärztliche Beratung durch: \_\_\_\_\_

verpflichtend nach §69 Gentechnikgesetz

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Fachärztin/-arzt)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Fachärztin/-arzt

\*Unzutreffendes bitte streichen