

FB-IKM-M-029 V-1	Gültig ab: 01.01.2013	Seite: 1 von 1
Einverständniserklärung zur molekulargenetischen Analyse		

Bitte zurück an das  
**Universitätsklinikum, Zentrallabor, Haus 39, Leipziger Str. 44  
39120 Magdeburg**

Ich erkläre mich einverstanden, dass aus dem mir/meinem Kind entnommenen Probenmaterial das Erbmateriale DNA isoliert und auf genetische Veränderungen (Mutationen) untersucht werden kann.

Ich stimme außerdem zu, dass ein Teil dieses Probenmaterials 3 Monate aufbewahrt wird, um die entsprechenden Ergebnisse später überprüfen zu können. Die Blutprobe und das Erbmateriale werden ausschließlich für diesen Zweck verwendet. Weitere Untersuchungen sind nur nach einer erneuten Zustimmung zulässig.

Ich erkläre hiermit, dass ich über die Aussagekraft und möglichen Konsequenzen der angeforderten Untersuchung von meinem Arzt aufgeklärt worden bin.

Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Das Ergebnis der Untersuchung wird nur de(r)m überweisenden Ärztin/Arzt in schriftlicher Form mitgeteilt. Um Befunde für spätere Rückfragen verfügbar zu machen, müssen diese elektronisch verarbeitet und gespeichert werden. Zugriff auf diese Daten haben nur berechtigte Mitarbeiter des Klinikums im Rahmen ihrer Dienstaufgaben.

Diese Einwilligungserklärung erfolgt freiwillig und kann ich jederzeit widerrufen. Bei Widerruf wird das Untersuchungsmateriale vernichtet.

Der anonymisierten Verwendung von überschüssigem Untersuchungsmateriale für wissenschaftliche Zwecke stimme ich zu:

Ja     Nein (bitte ankreuzen)

**Untersuchungsindikation:** \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/Erziehungsberecht.: \_\_\_\_\_

**Bitte Patientenetikett aufkleben oder in Blockschrift ausfüllen:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_