

### Einverständniserklärung zur Durchführung einer Gen-Analyse

Patient: ..... geb. am .....

Name gesetzl. Vertreter: .....

Verwandtschaftsgrad: ..... geb. am .....

Ich bestätige hiermit, dass ich durch Frau/Herrn Dr. .....  
gemäß §69 GTG über das Wesen, die Tragweite und die Aussagekraft der geplanten Gen-Analyse aufgeklärt worden bin. Ich  
bin damit einverstanden, dass an einer von mir bzw. vom o.a. Patienten gewonnenen Blutprobe folgende DNA-  
Untersuchung(en) durchgeführt wird und dass der Befund in Arztbrief, Krankengeschichte und in der EDV des Klinikums  
dokumentiert wird.

Untersuchung	Diagnose
Thrombophilie assoziierte Mutationen: - Faktor-V-Gen (Faktor-V-Leidenmutation) - Prothrombin-Gen (G20210A-Mutation) - PAI (4G/5G) - MTHFR-Gen (C677T, A1298A)	
Hämochromatose, HFE-Gen (H63D, C282Y, E168X, S65C)	
HLA-B27	
Zöliakie (DQ2.2, DQ2.5, DQ7.5, DQ8, DQA1*05)	

Datum .....

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter .....

Unterschrift zuweisender Facharzt .....

Der zuweisende Facharzt ist für die Aufklärung und Information des Patienten verantwortlich!