

Grieskirchner Straße 42, 4600 Wels, Austria
Telefon Sekretariat +43 7242 415- 2763
Fax DW 3981
labor@klinikum-wegr.at
www.klinikum-wegr.at

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: <ul style="list-style-type: none">– 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!