Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik
Vorstand: Prim. Univ.-Doz. Dr. Alexander Haushofer

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
	Faktor-V-Gen (Faktor-V-Leidenmutation)*	
	Prothrombin-Gen (G20210A-Mutation)*	
	PAI (4G/5G)**	
	MTHFR-Gen (C677T, A1298A)**	
	Hämochromatose, HFE-Gen (H63D, C282Y, E168X, S65C)	
	Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, PI-Gen (PiM, PiS, PiZ)	
	Hämoglobinopathien	

*Thrombophilie **Thrombophile bei Thromboembolie; Kinderwunsch/Aborte

Datum	Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter	Unterschrift zuweisender Facharzt

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