

Patientendaten

Einsender:

Bestimmung krankheitsassoziierter HLA-Merkmale (3ml EDTA-Blut)

HLA-B*5701

HLA-B27

andere _____

Entnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____ Material: 3ml EDTA-Blut

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR GENETISCHE UNTERSUCHUNGEN

Name: _____ geb. _____

Ich bin in einem persönlichen Beratungsgespräch über die mich /die von mir betreute Person betreffende medizinisch-genetische Fragestellung, die hierfür bestehenden Möglichkeiten einer genetischen Diagnostik sowie über deren Wesen, Bedeutung und Tragweite aufgeklärt worden.

Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt. Es steht mir frei, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen oder auf die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses zu verzichten. Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial zur Nachprüfbarkeit der Ergebnisse aufbewahrt und anschließend vernichtet wird.

Ich wünsche die Durchführung der mir angebotenen Untersuchung:

Ausschluss bzw. Nachweis von _____

ja

nein

Ort, Datum _____ Unterschrift (Patient) _____

Betreuender Arzt: _____