



Institut für Immunologie und Genetik, Postfach 2565, 67613 Kaiserslautern | Pfaffplatz 10, 67655 Kaiserslautern

**Einsender:**

**Patientendaten:**

### Bestimmung krankheitsassoziierter HLA-Merkmale

- HLA-B\*5701**
- HLA-B\*27**
- 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-diagnostische 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 kann jederzeit die Vernichtung aufbewahrten Probenmaterials verlangen. Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse bzw. für eventuelle künftige Abklärungsmöglichkeiten ohne Befristung aufbewahrt wird.

#### **Ich wünsche die Durchführung der mir angebotenen Untersuchung:**

Ausschluss bzw. Nachweis von \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (Patient) \_\_\_\_\_

Betreuender Arzt: \_\_\_\_\_