

**Patientendaten bzw.  
Patientenetikett**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherungsdaten: \_\_\_\_\_

\*\*\* Bitte unbedingt ausfüllen! \*\*\*

**Einverständniserklärung zur Durchführung einer  
Genanalyse (§ 65 GTG)**

Ich bin damit einverstanden, dass bei  mir selbst  
 meinem Kind/Besachwaltetem \_\_\_\_\_  
geb. \_\_\_\_\_ zur Abklärung des u. g. Krankheitsbildes eine gene-  
tische Untersuchung an einer Blut-/Gewebeprobe o.ä. durchgeführt wird.  
Ich wurde fachärztlich über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der  
geplanten Analyse aufgeklärt. Falls die Analyse nicht in Innsbruck möglich ist,  
bin ich mit dem Versand der Probe an ein anderes diagnostisches Labor im  
In- oder Ausland einverstanden.

Diagnose: \_\_\_\_\_

**Untersuchung:**

**Hereditäre Hämochromatose (Eisenspeicherkrankheit)**

H63D (rs1799945) und C282Y (rs1800562)-Mutationsanalyse  
des Hämochromatose Gens (HFE)

**PNPLA3 (rs738409)**

Prädiktiv für Triglyceridgehalt/Fettleberzirrhose-Risiko

**Alpha-1- Antitrypsin-Mangelerkrankung**

Genotypisierung des Z- (rs28929474) und S- (rs17580) Allels

**sonstige genetische Diagnostik:**

**Mb Wilson (Kupferspeicherkrankheit)**

H1069Q (rs76151636) Mutationsanalyse des Wilson Gens (ATP7B)

**Für genomweite Analysen (DNA-Array, Sequenzierung multipler Gene u.a.):** Ich wurde über die Besonderheiten dieser  
Analysen, speziell die Möglichkeit von unklaren Befunden oder Zufallsbefunden, informiert. Ich habe den entsprechenden  
Informationsbogen erhalten. Ich möchte über relevante  
**Zufallsbefunde...**

...generell informiert werden;

...nur informiert werden, wenn eine Vorbeugung/Therapie möglich ist;

...NICHT informiert werden

**Überschüssiges Probenmaterial** wird nach Befunderstellung unbefristet aufbewahrt (asserviert), um es ggf. für sinnvolle  
zukünftige diagnostische Zwecke verwenden zu können. Falls dies nicht gewünscht wird kann jederzeit eine Vernichtung  
des Restmaterials verlangt werden.

Überschüssiges Material kann auch eine wichtige Quelle für Forschungs- und Entwicklungsarbeiten auf dem Gebiet der  
medizinischen Genetik sowie für Untersuchungen zur Qualitätskontrolle sein. Dabei wird das Material anonymisiert, so  
dass eine nachträgliche Zuordnung zu einer Person ausgeschlossen ist.

**Ich bin mit einer eventuellen Verwendung von anonymisiertem überschüssigem Probenmaterial für wissenschaftliche  
Zwecke bzw. für Qualitätskontrollzwecke einverstanden.**  ja  nein

Den vorausgehenden Text habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass der Untersu-  
chungsbefund **in der Krankengeschichte und im Arztbrief dokumentiert wird:**

ja

nein

**Der Befund ergeht an folgende/n Zuweiser/in:** \_\_\_\_\_

Ich bin insbesondere auch damit einverstanden, dass

- meine persönlichen und krankheitsbezogenen Daten EDV-technisch verwaltet werden.
- das Ergebnis der genetischen Untersuchung meiner Ärztin/meinem Arzt mitgeteilt wird.

**Mir ist bewusst, dass ich alle Einwilligungen jederzeit auch mündlich widerrufen kann.**

Fachärztliche Beratung durch: \_\_\_\_\_  
verpflichtend nach §69 Gentechnikgesetz Name, Vorname (Fachärztin/-arzt)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Fachärztin/-arzt

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Patientenname, Vorname (ggf. Eltern, Sachwalter)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in