



im MVZ Bioscientia Labor Duisburg  
Königstr. 53  
47051 Duisburg  
Tel.: 0203 30098-100 Fax: 0203 30098-99  
info@gerinnung-duisburg.de  
www.gerinnung-duisburg.de

**Einwilligungserklärung**  
zu einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)  
*Bitte dem Auftrag beifügen*

Einsender	Patientendaten/Etikett
	Name, Vorname
	Geburtsdatum
	Straße
	PLZ Wohnort

Ich bin mit der Abnahme einer Blutprobe für die genetische Untersuchung einverstanden. Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf folgende abzuklärende Erkrankung/Fragestellung:

- Faktor V-Mutation G1691A (Typ Leiden)
- Prothrombinmutation G20210A
- HPA-Typisierung (Humane Plättchen-Antigene)
- Thrombozytärer Kollagenrezeptor C807T
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich bin über die Art, Bedeutung und Tragweite der genetischen Analyse bezogen auf die abzuklärende Erkrankung ausführlich aufgeklärt worden. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und die Möglichkeit, zusätzliche Fragen zu stellen.

Die von mir gemachten Angaben und die Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur mit meiner ausdrücklichen Erlaubnis an Dritte weitergegeben.

Ich bin mit der Aufbewahrung von Probenmaterial zum Zwecke der späteren Nachprüfbarkeit der Ergebnisse einverstanden  Ja  Nein

Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren einverstanden  Ja  Nein

Sollten notwendige Laboruntersuchungen nicht im MVZ Labor Duisburg durchgeführt werden können, bin ich mit der Weiterleitung der Proben und meiner persönlichen Daten an ein entsprechend qualifiziertes Labor einverstanden  Ja  Nein

Mir ist bekannt, dass meine Zustimmung freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des verantwortlichen Ärztin/Arztes

\_\_\_\_\_  
Name des/der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Name der / des verantwortlichen Ärztin/Arztes