

# Zentrum für Klinische Transfusionsmedizin Tübingen gemeinnützige GmbH

Ein Gemeinschaftsunternehmen des DRK- Blutspendedienstes Baden-Württemberg-Hessen gGmbH und des Universitätsklinikums Tübingen AöR

Zentrum für Klinische Transfusionsmedizin Tübingen gGmbH

Anfordernde Stelle	Telefon	Datum	Uhrzeit
Patienten-Nr.:			

## HLA-Labor

Tel: 07071/29 8 16 15/-13  
Fax: 07071/29 56 14

Ärztlicher Direktor: Dr. med. habil. T.Bakchoul  
Otfried-Müller-Straße 4/1  
72076 Tübingen

Wenn gezielt HLA-Merkmale, die mit bestimmten Erkrankungen assoziiert sind, z. B. HLA-B27, untersucht werden sollen, ist es erforderlich dieses Formular auszufüllen.

## Genetische Untersuchung / Fragestellung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden für die Probennahme und die Durchführung einer genetischen Untersuchung zur Abklärung der oben bezeichneten Fragestellung bzw. genetischen Analyse.

Über die Art, Bedeutung und Tragweite der Analyse wurde ich umfassend aufgeklärt. Ich habe keine weiteren Fragen, alle Fragen wurden vollständig beantwortet. Mit der Erfassung, Auswertung und Weitergabe der persönlichen Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes, des Gendiagnostikgesetzes, auch über elektronische Datenverarbeitung (EDV) bin ich einverstanden.

Die durchzuführende Analyse richtet sich gezielt auf die o. g. Fragestellung, sie dient nicht der Erlangung von Aussagen über eventuelle weitere Krankheiten oder Erbanlagen. Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Überprüfung des Untersuchungsergebnisses und zu Kontrollzwecken bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

Die Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit widerrufen werden, von der Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung kann ich Abstand nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/in  
Ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertreter/in

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden und ich beauftrage Sie mit der Durchführung der o. g. genetischen Untersuchung.

Der Patientin / Dem Patienten wurde eine unterschriebene Kopie dieser Aufklärung ausgehändigt.

Unterschrift des/der verantwortlichen  
Arztes/Ärztin

Name des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin  
(in Druckbuchstaben bzw. Stempel)

Dokument : 20306 / 4 - : Einwilligung genetische Untersuchung	Hinweise:	Gültig ab: 03.02.2016
Geltungsbereich: Tübingen-HLA/Transplantationsimmunologie/Molekulare Diagnostik;		Status: gültig
Gültige bzw. genehmigte Formblätter sind elektronisch signiert und daher ohne Unterschrift gültig.		Seite 1 von 1