

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

gemäß Gentechnikgesetz

Einwilligungserklärung zur Durchführung der unten genannten humangenetischen Analyse/n

Auszufüllen von dem*der Patient*in

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Versicherungsnr.

wurde vom zuweisenden Arzt oder von der zuweisenden Ärztin im Sinne des derzeit gültigen Gentechnikgesetzes über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten Genanalyse aufgeklärt.

(Verdachts)diagnose

Ich stimme der Durchführung folgender Genanalyse(n) zu und bin mit den (eventuell) entstehenden Kosten einverstanden:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ **FAKTOR V LEIDEN MUTATION**
- ☐ **PROTHROMBINMUTATION G20210A**
- ☐ **PRÄNATALE FETALE RHD-BESTIMMUNG**
- ☐ **SONSTIGE**
- ☐ **HÄMOCHROMATOSE**
- ☐ **LAKTOSEINTOLERANZ**

Datum

Unterschrift

Arzt/Ärztin Stempel und Unterschrift

Datum