



**Institut für Klinische Chemie des Universitätsklinikums Köln**  
**Formblatt Einwilligungserklärung zur medizinischen Gendiagnostik**  
**FB-ZL-169/I**

Version: FB-ZL-169/I

Datum: 10.03.2022

Seite 1 von 1

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht: weiblich  männlich  divers   
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_  
*Hier bitte Patientenetikett kleben!*

Die **Einwilligungserklärung** zur medizinischen Gendiagnostik ist gemäß Gendiagnostikgesetz Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung. Meine Untersuchungsergebnisse werden aufgrund der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht von 10 Jahren an der Universitätsklinik Köln archiviert.

**Institut für Klinische Chemie**  
 Universitätsklinikum Köln (AöR)  
 Direktor: PD Dr. T. Streichert  
 Kerpener Straße 62  
 50924 Köln  
 Tel.: 0221 /478 4459  
 Fax.: 0221 /478 5287

Auftragsnummer: \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung**

Mit meiner Unterschrift erteile ich nach erfolgter Aufklärung durch \_\_\_\_\_ (Name der Ärztin / des Arztes)

über Wesen, Bedeutung und Tragweite der zu untersuchenden Krankheit bzw. Anlageträgerschaft mein Einverständnis mit folgender/en genetischer/en Analyse(n) und der dafür erforderlichen Blutentnahme:

Molekulargenetische Untersuchung	Gewünschte bitte ankreuzen.
<b>Thrombophiliediagnostik</b>	
Faktor V-Leiden-Mutation (G1691A) (APC-Resistenz)	<input type="checkbox"/>
Prothrombin-Mutation (G20210A)	<input type="checkbox"/>
MTHFR-Mutationen (C677T und A1298C)	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere Diagnostik</b>	
Hämochromatose (Mutationen C282Y, H63D und S65C)	<input type="checkbox"/>
HLA-B27-Nachweis	<input type="checkbox"/>
<b>Andere (Anforderung über Spezialschein):</b>	<input type="checkbox"/>

- Ich bin einverstanden, dass erhobenen Befunde in Papier- / elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert und in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke oder zur Qualitätssicherung genutzt werden.
- Ich bin einverstanden, dass nach Durchführung der Analyse noch vorhandenes Untersuchungsmaterial ggf. zur Überprüfung der Ergebnisse und zur Qualitätssicherung aufbewahrt wird.
- Ich bin mit der Weitergabe meiner Befunde an den aufklärenden Arzt / Ärztin / Mitbehandelnde der Klinik, oder genannte: \_\_\_\_\_ einverstanden.

**Widerrufsbelehrung**

Es steht mir frei, die Einwilligung ohne persönliche Nachteile jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angabe von Gründen zu widerrufen und somit von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Name des/r Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des/r Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
 Name der Ärztin / des Arztes (Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
 Stempel

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

**Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst!**