Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung*

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich wünsche die Durchführung der von meinem Arzt/meiner Ärztin vorgeschlagenen genetischen Untersuchung zur Bestimmung des Gewebsmerkmals **HLA-B27,** zur Abklärung folgender Erkrankung:

Seronegat. Spondyloarthritis

Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf die abzuklärende Erkrankung.

Ich bestätige hiermit, dass ich gemäß dem Gendiagnostikgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen aufgeklärt worden bin, und dass mir ausreichend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist. Die Bedeutung und Tragweite des Ergebnisses der gewünschten Untersuchung sowie die Verwendung und Aufbewahrung von Probenmaterial und Untersuchungsergebnissen wurden mir umfassend erläutert. Insbesondere wurde ich darauf hingewiesen, dass dieses Gewebsmerkmal selbst keinerlei Krankheitswert hat, da es bei 8-10% der gesunden Normalbevölkerung ebenfalls gefunden wird. Bei einer entzündlichen Gelenk-, Wirbelsäulen- oder Augenentzündung findet sich dieses Merkmal überproportional häufiger als bei der restlichen Bevölkerung. Wenn festgestellt wird, dass das B27-Merkmal bei mir nicht vorliegt, ist die Erkrankung deutlich weniger wahrscheinlich.

Die von mir gemachten Angaben und alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin einverstanden, dass weiterbehandelnde Ärzte/Ärztinnen von diesem Befund informiert werden, damit auch sie ihn bei ihrer Diagnosestellung oder Therapieplanung berücksichtigen können.

Ich bin mit der Aufbewahrung von überschüssigem Probenmaterial zum Zwecke der späteren Nachprüfbarkeit der Ergebnisse einverstanden.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an dieser Untersuchung freiwillig ist und ich meine Einwilligung zu der genetischen Untersuchung, der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses sowie der Aufbewahrung der Proben jederzeit und ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich widerrufen kann. Es steht mir zudem frei, ob ich das Ergebnis der Untersuchung erfahren oder nicht erfahren möchte.

Bemerkungen:

_____ (Ort, Datum)

_____ (Ort, Datum)

_____ Name, Vorname Unterschrift
Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin

_____ Unterschrift Patient/Patientin
ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertreter/in

Das Original der Einverständniserklärung wird in der Patientenakte verwahrt. Eine Kopie wird dem Untersuchungsauftrag an das Labor beigefügt, eine weitere Kopie dem Patienten / der Patientin ausgehändigt.
* Gemäß den Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission am Robert-Koch-Institut, Berlin in der Fassung vom 1.7.2011