

An das  
Institut für Labordiagnostik und Mikrobiologie  
Vorstand: Prim. Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Pranav Sinha  
Feschnigstraße 11  
A - 9020 Klagenfurt

## Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse

Ich, ..... geb. am .....  
Nachname, Vorname (in Blockbuchstaben)

bestätige, dass ich durch Frau/Herrn Dr. .... über  
Nachname, Vorname (in Blockbuchstaben)

Wesen, Tragweite, Aussagekraft und mögliche Fehlerquellen der geplanten genetischen Analyse

aufgeklärt worden bin. Ich bin damit einverstanden, dass an einer von mir bzw. meiner

Tochter/meinem Sohn, bzw. der/dem von mir Beschwalteten (Unzutreffendes bitte streichen)

.....geb. am  
Nachname, Vorname (in Blockbuchstaben)

..... entnommenen Probe eine genetische Untersuchung hinsichtlich

Verdacht auf ..... durchgeführt wird.  
Krankheit/Mutation

Mir ist bekannt, dass ich die Untersuchung jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen lassen  
und/oder auf eine Ergebnismitteilung verzichten kann.

Ich erteile die Erlaubnis, dass die entnommene(n) Probe/Proben **in anonymisierter Form** auch für  
wissenschaftliche Untersuchungen, die zur Aufklärung der Krankheitsentstehung und/oder der  
Weiterentwicklung der diagnostischen bzw. therapeutischen Möglichkeiten dienen, verwendet werden  
dürfen\*.

Ja

Nein

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der/s Patientin/en

\*Die Zustimmung zur oder Ablehnung  
der wissenschaftlichen Verwendung  
beeinflusst in keiner Weise die gene-  
tische Untersuchung oder Beratung.

.....  
Unterschrift der/s aufklärenden Ärztin/A