

Medizinische Universität Innsbruck  
Tiroler Landeskrankenanstalten Ges.m.b.H  
**Universitätsklinik für Innere Medizin II**  
Gastroenterologie und Hepatologie

Direktor: Univ.-Prof.Dr.W.Vogel  
Hepatologisches Labor Tel.: 0512-504-23397 Fax.: 0512-504-27019

---

**Einverständniserklärung zur Durchführung einer Genanalyse (§ 65 GTG)**

<p><b>Patientendaten</b> (Name, Vorname, Geburtsdatum, Versicherungsdaten)</p>
--

- Hereditäre Hämochromatose (Eisenspeicherkrankheit)** Mutationsanalyse des Hämochromatose Gens (HFE)
- Mb Wilson (Kupferspeicherkrankheit)**  
Mutationsanalyse des Wilson Gens (ATP7B)
- Alpha-1- Antitrypsin-Mangelerkrankung**  
Mutationsanalyse auf das Z- und/oder S- Allels
- IL28B**
- PNPLA3**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über Aussagekraft und mögliche Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung aufgeklärt wurden. Dazu gehört sowohl die Kenntnis über den Verlauf einer möglichen Erkrankung wie auch die Wahrscheinlichkeit, eine möglicherweise bestehende Erbanlage an Ihre Kinder weiterzugeben. Auch Ihre Eltern oder Geschwister können Träger dieser Erbanlage sein. Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Überschüssiges Untersuchungsmaterial wird zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse aufbewahrt. Die Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

**Einverständniserklärung**

Den vorausgehenden Text habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsbefund **in der Krankengeschichte und im Arztbrief dokumentiert wird:**  ja  nein

Ich bestätige, dass ich über Aussagekraft und mögliche Konsequenzen einer genetischen Untersuchung zu meiner Zufriedenheit informiert wurde und dass ich mit der Durchführung **folgender genetischer Untersuchung:**

\_\_\_\_\_ **einverstanden bin.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum (Unterschrift der Patientin/des Patienten / der/des Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum (Unterschrift der Ärztin / des Arztes)

**Zuweiserstempel:**