



Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung

Diese Einwilligungserklärung dient nur der Erfüllung der gesetzlichen Bestimmungen gemäß Gendiagnostikgesetz ab 01.02.2010.

Männlich Weiblich

Beleg Barcode



Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Ich bin damit einverstanden, dass bei

mir selbst meinem Kind _____

der von mir betreuten Person

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Arztstempel und Unterschrift

die nachfolgende Untersuchung durchgeführt wird:

- α1 Antitrypsin Genotyp
- Mutationen im HFE-Gen (Hämochromatose)
- Prothrombin (F II)-Mutation und/oder Faktor V-Mutation (Leiden)
- MTHFR-Mutation
- Laktose-Intoleranz Genotypisierung
- Nachweis von HLA-DQ2 / DQ8

Bei anderen genetischen Untersuchungen bitte spezielles Formular «Humangenetik» verwenden. Bitte vor Blutentnahme im Labor anfordern!

Hiermit bestätige ich als auftraggebender Arzt, dass o.g. Patient mit den angeforderten Untersuchungen einverstanden ist.

Ja Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial anonymisiert für
 Nein laborinterne Qualitätskontrollen aufbewahrt werden kann.

Unterschrift des Arztes

Name des Patienten/des Vertreters

Ort/Datum

Unterschrift



Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Ich bin damit einverstanden, dass bei

mir selbst meinem Kind _____

der von mir betreuten Person

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Beleg Barcode



Arztstempel und Unterschrift

die nachfolgende Untersuchung durchgeführt wird:

- α1 Antitrypsin Genotyp
- Mutationen im HFE-Gen (Hämochromatose)
- Prothrombin (F II)-Mutation und/oder Faktor V-Mutation (Leiden)
- MTHFR-Mutation
- Laktose-Intoleranz Genotypisierung
- Nachweis von HLA-DQ2 / DQ8

Bei anderen genetischen Untersuchungen bitte spezielles Formular «Humangenetik» verwenden. Bitte vor Blutentnahme im Labor anfordern!

Hiermit bestätige ich als auftraggebender Arzt, dass o.g. Patient mit den angeforderten Untersuchungen einverstanden ist.

Ja Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial anonymisiert für
 Nein laborinterne Qualitätskontrollen aufbewahrt werden kann.

Unterschrift des Arztes

Name des Patienten/des Vertreters

Ort/Datum

Unterschrift