

Name Facharzt / Fachärztin  
Adresse / Stempel der Klinik / Institutes / Facharztes

Neuromuskuläre Forschung (NMRD)  
Medizinische Universität Wien  
Tel: +43-1-40160-37509  
Fax: +43-1-40160-937500  
<http://www.meduniwien.ac.at/nmrd>

## Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse zu medizinischen Zwecken

Ich, ..... geboren am ..... bestätige,  
(Vor- und Nachname)

dass ich durch Frau / Herrn Dr. ....  
(Name des aufklärenden / zuweisenden Facharztes)

in einer ausführlichen Beratung über das Wesen, die Tragweite, Aussagekraft und mögliche Fehlerquellen der geplanten genetischen Analyse aufgeklärt worden bin. Im Falle einer geplanten genomweiten Analyse wurde ich über die Besonderheiten dieser Untersuchung informiert, speziell über die Möglichkeit unklarer Befunde oder Untersuchungsergebnisse, die in keinem kausalgenetischen Zusammenhang mit der vorliegenden Erkrankung stehen.

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

meiner / meinem .....  
(Verwandtschaftsgrad) (Vor- und Nachname)

geboren am .....  
entnommenen Probe eine genetische Untersuchung hinsichtlich des Verdachts auf  
..... durchgeführt wird.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung widerrufen kann bzw. jederzeit mitteilen kann, dass ich das Ergebnis der Analyse und der daraus ableitbaren Konsequenzen nicht erfahren möchte.

Ja  Nein Ich stimme der Verwendung der Ergebnisse der Genanalyse zur möglichen Beratung und/oder Untersuchung von Angehörigen zu.

Ja  Nein Ich bin damit einverstanden, dass die Probe bzw. das Untersuchungsmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und eventuell nachfolgender klärender Zusatzuntersuchungen aufbewahrt wird.

Ja  Nein Ich bin weiters damit einverstanden, dass die Probe bzw. überschüssiges Untersuchungsmaterial für (zukünftige) Forschungszwecke zur Verfügung steht.

*Im Falle einer genomweiten Analyse möchte ich über relevante Untersuchungsergebnisse, die NICHT mit der vorliegenden Erkrankung in Zusammenhang stehen:*

... informiert werden.

... nur informiert werden, wenn eine Vorbeugung oder Therapie möglich ist.

... nicht informiert werden.

.....  
(Ort, Datum) (Unterschrift Patient/Patientin bzw. der Eltern) (Unterschrift Facharzt/Fachärztin)

Das **Gentechnikgesetz** schreibt im **§69** vor, dass Genanalysen nur nach Vorliegen einer schriftlichen Bestätigung der zu untersuchenden Person / des Erziehungsberechtigten / des entsprechenden Sachwalters durchgeführt werden dürfen, welche/r zuvor durch einen/eine in Humangenetik / medizinischer Genetik ausgebildeten Facharzt/Fachärztin oder einen/eine für das Indikationsgebiet zuständigen Facharzt/Fachärztin über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der genetischen Analyse aufgeklärt worden ist und aufgrund eines auf diesem Wissen beruhenden freien Einverständnisses dieser zugestimmt hat.