



Institut für Klinische Chemie des Universitätsklinikums Köln
Formblatt Einwilligungserklärung zur medizinischen Gendiagnostik
FB-ZL-169/I

Version: FB-ZL-169/J

Datum: 18.09.2026

Seite 1 von 1

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐
Straße: _____
PLZ: _____
Ort: _____

Hier bitte Patientenetikett kleben!

Die **Einwilligungserklärung** zur medizinischen Gendiagnostik ist gemäß Gendiagnostikgesetz Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung. Meine Untersuchungsergebnisse werden aufgrund der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht von 10 Jahren an der Universitätsklinik Köln archiviert.

Institut für Klinische Chemie
Universitätsklinikum Köln (AöR)
Direktor: PD Dr. T. Streichert
Kerpener Straße 62
50924 Köln
Tel.: 0221 /478 4459
Fax.: 0221 /478 16030

Auftragsnummer: _____

Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift erteile ich nach erfolgter Aufklärung durch _____ (Name der Ärztin / des Arztes)

über Wesen, Bedeutung und Tragweite der zu untersuchenden Krankheit bzw. Anlageträgerschaft mein Einverständnis mit folgender/en genetischer/en Analyse(n) und der dafür erforderlichen Blutentnahme:

Molekulargenetische Untersuchung	Gewünschte bitte ankreuzen.
Thrombophiliediagnostik	
Faktor V-Leiden-Mutation (G1691A) (APC-Resistenz)	☐
Prothrombin-Mutation (G20210A)	☐
MTHFR-Mutationen (C677T und A1298C)	☐
Weitere Diagnostik	
Hämochromatose (Mutationen C282Y, H63D und S65C)	☐
HLA-B27-Nachweis	☐
Andere (Anforderung über Spezialschein):	☐

- ☐ Ich bin einverstanden, dass erhobenen Befunde in Papier- / elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert und in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke oder zur Qualitätssicherung genutzt werden.
- ☐ Ich bin einverstanden, dass nach Durchführung der Analyse noch vorhandenes Untersuchungsmaterial ggf. zur Überprüfung der Ergebnisse und zur Qualitätssicherung aufbewahrt wird.
- ☐ Ich bin mit der Weitergabe meiner Befunde an den aufklärenden Arzt / Ärztin / Mitbehandelnde der Klinik, oder genannte: _____ einverstanden.

Widerrufsbelehrung

Es steht mir frei, die Einwilligung ohne persönliche Nachteile jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angabe von Gründen zu widerrufen und somit von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

Ort, Datum

Name des/r Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des/r Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters

Name der Ärztin / des Arztes (Druckschrift)

Stempel

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst!