

Name, Vorname der Patientin

geb. am.

Adresse:

**Zytogenetisches Labor:**  
Friedrichstraße 38 - 40  
01067 Dresden

**Labor:** Tel.: 0351 / 492 78 900 Fax: 0351 / 492 78 955  
Alle Formulare finden Sie unter: [www.praxisverbund-humangenetik.de](http://www.praxisverbund-humangenetik.de)

Einsender: (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Tel.:

Fax:

## Information und Einwilligungserklärung zur molekularen Karyotypisierung (Array- CGH)

Die Array- CGH Analyse ist eine der modernsten Techniken zur Untersuchung der Erbinformation. Sie ermöglicht den Nachweis sehr kleiner Verluste und Zugewinne (Imbalancen) des Erbgutes. Im Vergleich zur konventionellen Chromosomenanalyse bietet sie eine ca. 100-fach höhere Auflösung. Somit können im Rahmen einer Array- CGH Untersuchung krankheitsverursachende Imbalancen nachgewiesen werden, die mittels konventioneller Chromosomenanalyse nicht erkennbar sind. Punktuelle Veränderungen des Erbgutes werden auch mittels Array- CGH Untersuchung nicht aufgezeigt, so dass wie bei jeder anderen genetischen Untersuchung ein unauffälliges Ergebnis resultieren kann. Dennoch können viele genetisch bedingte Erkrankungen ausgeschlossen werden.

Aufgrund des hohen Auflösungsvermögens der Array- CGH Analyse ist es möglich, dass Veränderungen des Erbgutes nachgewiesen werden, deren Bedeutung derzeit nicht vollständig geklärt ist. In solchen Fällen kann es erforderlich sein, das Erbgut anderer Familienmitglieder (insbesondere der Eltern) zur weiteren Abklärung zu untersuchen.

In seltenen Fällen deckt die Array- CGH Analyse unerwartete Ergebnisse auf (Nebenbefunde), die ein erhöhtes Risiko für Sie oder Ihre Nachkommen für eine Erkrankung bedeuten, aber nicht im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung stehen.

### Einwilligung zur molekularen Karyotypisierung

Ich hatte Gelegenheit, mit meinem behandelnden Arzt/Ärztin über die Aussagekraft sowie die Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung zu sprechen. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und mit der Abnahme einer Probe und der Durchführung einer genetischen Untersuchung wegen

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

Ich möchte darüber informiert werden, wenn im Rahmen der Array- CGH Untersuchung Nebenbefunde erhoben werden, die nicht in Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung stehen (Risikofaktoren und Anlageträgerschaften für andere Erkrankungen). — wenn nicht zutreffend bitte streichen —

### Erklärung zur Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial

Ich bin damit einverstanden, dass meine Proben nach Abschluss der Untersuchungen und der abschließenden Befundaussprache zum Zweck der Nachprüfbarkeit sowie ggf. für weitere diagnostische Untersuchungen **archiviert** werden.

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**verantwortliche ärztliche Person** (Namen in Druckschrift, Unterschrift und Stempel)

### Für Patienten mit privater Krankenversicherung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung für die o. g. Untersuchung von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen (PVS) erstellt wird. Zu diesem Zweck erkläre ich mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten