

Name, Vorname	
geb. am	
Datum	



**MEDIZINISCHES
LABOR NORD**

Genetischer Urin- Identifikationsmarker

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-
Etikett einkleben!

- Praxisstempel -

Patienteninformation und Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz

Patienteninformation

Die sichere Zuordnung einer Urin-Probe zu einem/r Proband/in bzw. Patient/in ist eine Grundvoraussetzung für toxikologische Analysen, insbesondere wenn der Anlass juristische Relevanz hat, z.B. bei Drogen- und Medikamentenanalysen in der Substitutionstherapie, bei Jugendamt-Fragestellungen, in der Bewährungshilfe und im Strafvollzug.

Das verwendete genetische Identifikationssystem für toxikologische Proben gewährleistet eine sichere Zuordnung der Urinprobe zu dem/r Patienten/in, von dem/r das Material stammt. Dies geschieht anhand eines molekularbiologischen DNA-Vergleichs. DNA der Zellen in der Urinprobe wird mit derjenigen eines Wangenabstrichs verglichen.

Die DNA-Analyse im Urin muss zeitnah zur Probenahme erfolgen, da anderenfalls die Zellen in der Probe lysieren und keine DNA mehr isoliert werden kann. Anhand der DNA-Analyse kann durch Vergleich von Wangenabstrich und Urinprobe nachgewiesen werden, ob beide von einer oder von verschiedenen Personen stammen.

Aus den erhaltenen Daten wird kein Rückschluss auf etwaige Erbkrankheiten oder sonstige genetische Informationen gezogen. Das Ergebnis wird in verschlüsselter Form mitgeteilt, so dass außenstehende Personen diese Daten nicht mit anderen Daten abgleichen können.

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz

Ich habe das obenstehende verstanden, hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen und stimme der Durchführung der genetischen Urin-Identifikations-Marker-Analyse sowie der dafür erforderlichen Probennahmen zu.

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein medizinisches Kooperationslabor bin ich einverstanden.

Der verschlüsselten Speicherung meiner Daten sowie der Übermittlung der verschlüsselten Analyseergebnisse an meinem behandelnde/n Ärztin/Arzt stimme ich ebenfalls zu.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in, Proband/in bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift anwesende/r Ärztin/Arzt