



Patienteninformation über genetische Untersuchungen nach §9 des Gendiagnostikgesetzes –
HLA-B27

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

HLA-B27 ist eine Variante des Human Leukocyte Antigen-B. HLA-Proteine finden sich auf der Oberfläche nahezu aller Zellen eines Organismus. Die Information, welcher Typ der HLA-Proteine exprimiert werden, ist in der Erbsubstanz festgelegt. Die Variante des HLA-B27 ist mit Entzündungen des Bindegewebes, der Sehnen und der Bänder vergesellschaftet. Warum das so ist, ist noch nicht vollständig geklärt. Von dieser Entzündung können die Wirbelsäule, Gelenke oder auch das Auge betroffen sein. Für die Therapie der Bindegewebserkrankungen ist es wichtig, zu wissen, ob die Erkrankung mit HLA-B27 vergesellschaftet ist oder nicht. Dazu soll ihr Erbgut (DNA) auf diese spezielle Veränderung untersucht werden. Dabei wird in unserem Labor:

- Aus einer Blutprobe (max. 5-10ml Blut) Erbgut (DNA) isoliert und untersucht. Die DNA wird ausschließlich für die Untersuchung der oben beschriebenen genetischen Veränderungen (HLA-B27-Variante) eingesetzt.
- Das Testergebnis wird vom Labor nur Ihrem Arzt mitgeteilt, der uns Ihren Untersuchungsauftrag übermittelt hat. Das Ergebnis wird (ohne Ihre Zustimmung) an keinen anderen Arzt oder eine andere Institution weitergegeben. Weiterhin können Sie es ablehnen, dass Ihnen Ihr Arzt das Ergebnis oder Teile davon mitteilt.
- Das isolierte Erbgut wird zum Zweck der Nachprüfbarkeit im Labor kurzfristig aufbewahrt und anschließend vernichtet.
- Sie haben jederzeit die Möglichkeit die Einwilligung – auch mündlich – zu widerrufen.

Bitte klären Sie ggf. noch offene Fragen über diese Untersuchungen mit Ihrer behandelnden Ärztin / Ihrem behandelnden Arzt. Wenn keine Fragen bestehen möchten wir Sie bitten unten aufgeführte Einverständniserklärung zu unterzeichnen.

Einverständnis der Patientin / des Patienten / des gesetzlichen Vertreters zur Durchführung der oben genannten genetischen Untersuchungen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blutentnahme. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden.

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum

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