



Patienteninformation über genetische Untersuchungen nach §9 des Gendiagnostikgesetzes –  
Thrombophilieabklärung vor oraler Kontrazeption

Sehr geehrte Patientin,

Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnden Arzt möchte vor Beginn einer oralen Kontrazeption ausschließen, dass diese nicht eine mögliche vererbte Anlage zur Ausbildung von Thrombosen verstärkt. Dies ist wichtig zur Risikoabschätzung und ggf. zum Ausweichen auf Alternativpräparate ohne thrombogene Eigenschaften.

Dazu wird Folgendes von den verschiedenen Fachgesellschaften empfohlen: Untersuchung auf Protein C-/ S-/ AT3- Mangel sowie die molekulargenetische Diagnostik auf eine Faktor II- / V- Mutation. Während es sich bei den ersten 3 Analysen um sog. Konzentrationsbestimmungen im Plasma/Serum handelt, ist die Diagnostik auf Faktor II- / V-Mutation eine genetische Untersuchung, d.h. hier wird ihr Erbgut (DNA) auf diese speziellen Veränderungen untersucht. 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 (Faktor II-/ V- Mutation) 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 den geplanten genetischen Analysen 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