

Name, Vorname / Code und Anschrift der/des Versicherten geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Zahnarzt/-ärztin (Auftraggeber/-in)  
Praxisstempel, Adresse

# PadoGen

Auftrags-/Testnummer

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG für eine molekulargenetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (DE)

### Angeforderte genetische Untersuchung:

Molekulargenetische Charakterisierung von Polymorphismen an Position -889 des humanen Interleukin (IL-)1 $\alpha$ -Gens, an Position +3953 des humanen Interleukin (IL-)1 $\beta$ -Gens, an Position +2018 des humanen Interleukin-Rezeptorantagonisten-Gens (IL-1RN) sowie an Position -308 des humanen Tumornekrosefaktor- $\alpha$ -Gens (TNF- $\alpha$ ).

### Aufklärung:

Die Bestimmung der genetisch bedingten Entzündungsneigung durch Analyse von Polymorphismen der o.g. Gene erlaubt eine prognostische Aussage über den Verlauf von Parodontalerkrankungen. Durch Einbindung in ein spezielles Therapie- und Prophylaxekonzept kann die bei Patienten/-innen mit erblich bedingt erhöhter Entzündungsneigung schneller fortschreitende Zerstörung des Zahnhaltapparates verzögert werden.

Ich bin einverstanden,

- mit der o.g. Untersuchung und Probenentnahme, wurde von meinem/meiner behandelnden Arzt/Ärztin über deren Bedeutung aufgeklärt, habe diese verstanden und hatte genügend Bedenkzeit.
- dass die Probe ggf. an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet und für eine eventuell erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführende Untersuchungen zur Diagnosefindung verwendet werden kann.
- dass die gewonnenen Untersuchungsergebnisse nach Befunderstellung über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.
- dass folgende Ärzte/Ärztinnen oder Institutionen eine Befundmitteilung erhalten: mein/e verlassende/r Arzt/Ärztin, weitere behandelnde Ärzte/Ärztinnen sowie \_\_\_\_\_.
- dass das Untersuchungsmaterial für die Qualitätssicherung archiviert und verwendet werden darf.
- dass ich über das Ergebnis informiert werde. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.

Nicht Zutreffendes bitte streichen! Jeder Punkt der Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

### PadoGen: Genetische Beratung

Entsprechend des deutschen Gendiagnostikgesetzes (§ 10 GenDG) und des österreichischen Gentechnikgesetzes (§ 69 GTG) bieten wir Ihnen die Möglichkeit einer genetischen Beratung mit dem Erhalt des Testergebnisses (Inhalt der Beratung unter [www.iai-test.de/service/genetische-beratung](http://www.iai-test.de/service/genetische-beratung)) durch qualifizierte Fachärzte/Fachärztinnen für Humangenetik an. Sie können dies nachfolgend ankreuzen. Für die Terminwahl setzen Sie sich bitte unter [info@iai-test.de](mailto:info@iai-test.de) mit uns in Verbindung. Eine nachträgliche Änderung Ihrer Auswahl ist vor Einsendung der Probe möglich. **Bei Nicht-Inanspruchnahme dieser Option erklären Sie Ihren ausdrücklichen Verzicht auf die genetische Beratung.**

Ich wünsche eine kostenpflichtige zahnmedizinisch-genetische Beratung (Kosten: 500,00 €).

_____	_____
Name	Ort, Datum
_____	_____
Vorname	Unterschrift des/der Patient/-in bzw. gesetzliche/r Vertreter/-in
_____	_____
Geburtsdatum	Unterschrift verlassende/r Arzt/Ärztin