



Einwilligung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Zur Durchführung der genetischen Untersuchung ist gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung der Patientin/des Patienten/gesetzlichen Vertreters unbedingte Voraussetzung.

Bitte die Kopie zusammen mit Anforderungsformular für die Untersuchung einsenden.

<p>Patientendaten (ggf. Aufkleber)</p> <p>..... Name geboren am Straße Postleitzahl Ort</p>	<p>Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an</p>
---	---

Ich bestätige hiermit, eine allgemeine schriftliche (ggf. auch speziellere schriftliche) Aufklärung zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten, gelesen und verstanden zu haben. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der infrage stehenden Erkrankung/Diagnose notwendig sind. Ich stimme ebenfalls der dazu erforderlichen Gewinnung von Probenmaterial (z. B. Blut, Gewebe) zu. Es gab ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen. Weitere Bedenkzeit benötige ich nicht.

Bitte entscheiden Sie, wie Ihr Untersuchungsmaterial und die daraus resultierenden Ergebnisse verwendet werden dürfen		
Ich bin damit einverstanden, dass ggf. (Teil-)Untersuchungen in einem externen Kooperationslabor durchgeführt werden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass Ergebnisse, die mit der eigentlichen Fragestellung nicht im direkten Zusammenhang stehen („Zusatzbefunde“) nur dann mitgeteilt werden, wenn es zur Erfüllung des Untersuchungsauftrages notwendig ist.	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden.		
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der erhobenen Ergebnisse sowie ggf. für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich bin einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial in pseudonymisierter (verschlüsselter) Form zum Zwecke der Qualitätssicherung aufbewahrt und verwendet wird.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich bin einverstanden, dass erhobene Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung für wissenschaftliche Zwecke genutzt und in pseudonymisierter Form in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ein Einverständnis, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden, wird vorausgesetzt.		
Entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen werden die erhobenen Ergebnisse und Unterlagen in Papierform und/oder elektronischer Form für 10 Jahre aufbewahrt.		
Widerrufsbelehrung:		
Ihre Einwilligung zur Analyse können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen. Sie haben das Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen), eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnisermittlung jederzeit zu stoppen und die Vernichtung allen Untersuchungsmaterials sowie aller bisher dahin erhobenen Ergebnisse zu verlangen.		

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten/des (gesetzlichen Vertreters)

Stempel

Aufklärende(r) Ärztin / Arzt