

**Patientendaten/Aufkleber**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  männlich  weiblich  
geb. am

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort



Universitätsklinikum Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung.

Universitätsklinikum Leipzig AöR, Institut für Humangenetik,  
MVZ am Universitätsklinikum Leipzig II gGmbH,  
Fachbereich Humangenetik, Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig

Leistungen entsprechend aktuellem Leistungskatalog auf Homepage  
Zutreffendes bitte durch den Einsender ankreuzen

MVZ am Universitätsklinikum Leipzig II  
Fachbereich Humangenetik  
Tel. 0341/9723840, <http://www.medvz-leipzig.de/>

Institut für Humangenetik  
Komm. Leiter: Prof. Dr. med. J. Lemke  
Tel. 0341/9723800, <http://humangenetik.uniklinikum-leipzig.de/>

**Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) und EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)**

**Indikation / angeforderte Analyse:**

Ich wurde vor der Probenentnahme zu Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft sowie gesundheitlichen Risiken der Untersuchung nach § 8 Abs.2 Gendiagnostikgesetz informiert und aufgeklärt. Ich wurde informiert, dass die Proben oder die erhobenen Daten als Analyseauftrag an Dritte verschickt werden können. Ich habe das Formular „Aufklärung vor genetischen Analysen gemäß GenDG“ erhalten. **Ich erkläre mich mit der Probenentnahme und Durchführung der oben genannten Analyse(n) einverstanden.** Über die Möglichkeit, meine Einwilligung zur Analyse zu widerrufen, wurde ich informiert.

Ich bin zudem einverstanden mit:

der **Aufbewahrung von Probenmaterial** z.B. für ergänzende Untersuchungen.  ja  nein

der **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus.  ja  nein

der Verwendung meiner **Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienangehörigen** auf deren Wunsch, auch über meinen Tod hinaus.  ja\*  nein

\*falls dies nur für einzelne Angehörige gilt, bitte hier namentlich auflisten:

.....  
.....

der Aufbewahrung und vollständigen Verwendung von pseudonymisiertem **Untersuchungsmaterial und/oder Befunden** für **wissenschaftliche Zwecke** in Form von kumulativen Publikationen zu Fallserien innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie zur **Qualitätssicherung**.  ja  nein

In seltenen Fällen können nicht-intendierte Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (**Zusatzbefunde**), welche aber gemäß ACMG-Empfehlungen für mich und meine Familie dennoch eine medizinische Relevanz aufweisen (bspw. zu Möglichkeiten der Therapie, Vorsorge, Früherkennung, etc.). Ich bin über mein „Recht auf Nichtwissen“ aufgeklärt worden. Über diese Erkenntnisse möchte ich informiert werden.  ja  nein

Ich bin mit der Weiterleitung meiner genetischen Befunde durch die verantwortliche ärztliche Person (Einsender) an folgende Ärzte einverstanden:

.....  
.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreters

.....  
Name, Unterschrift des aufklärenden Arztes (§ 8 GenDG)