

Patientendaten/Aufkleber

Name, Vorname

_____ männlich weiblich

geb. am

Straße

PLZ, Ort



Medizin ist unsere Berufung.

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

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

Institut für Humangenetik
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 (oder die angeforderte Analyse) ist zwingend erforderlich und muss eingetragen werden:

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. Dabei werden personenbezogene Daten pseudonymisiert auf Datenservern gespeichert, teilweise auf 'Cloud'-Servern innerhalb Europas. Weiterhin werden Daten ggf. für die Abrechnung der Diagnostik zur jeweiligen Krankenkasse übermittelt. 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
- 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). Nach aktuellem Wissensstand und der Empfehlung der ACMG (Amerikanisches Kollegium für medizinische Genetik und Genomik) berichten wir auf Ihren Wunsch hin krankheitsverursachende und wahrscheinlich krankheitsverursachende Varianten in ca. 60 Genen für Tumor-, Bindegewebs- und Herzerkrankungen, sowie maligne Hyperthermie und Fettstoffwechselstörungen, für die Behandlungskonsequenzen bestehen (bspw. Möglichkeiten der Therapie, Vorsorge, Früherkennung, etc.). Über mein „Recht auf Nichtwissen“ bin ich aufgeklärt worden.

Über diese Zusatzbefunde möchte ich informiert werden. ja nein

Bitte ankreuzen, falls Sie eine Weiterleitung der Befunde an weitere Personen oder Einrichtungen wünschen (bitte Druckbuchstaben verwenden):

.....

.....

.....

Die **vollständigen** Angaben zu Name und Anschrift sind **zwingend erforderlich** für die Mitteilung!

.....

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreters Name, Unterschrift des aufklärenden Arztes (§ 8 GenDG)