

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Name, Vorname:

Einsender:

Geburtsdatum:

Anfordernder Arzt:

Auftragsnummer:

Tel. Arzt:

Fallnummer:

Rohrpostnummer:

Ich bin in einem persönlichen Beratungsgespräch über die mich / von mir betreute Person betreffende medizinisch-genetische Fragestellung, die hierfür bestehende Möglichkeiten einer genetischen Diagnostik sowie über deren Wesen, Bedeutung und Tragweite nach § 8 Abs.2 Gendiagnostikgesetz aufgeklärt worden.

Die Aufklärung umfasste insbesondere:

- Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung
- Bedeutung der zu untersuchenden Eigenschaften für die Erkrankung oder gesundheitlicher Störung einschließlich der Möglichkeit zu deren Vermeidung, Vorbeugung oder Behandlung
- gesundheitliche Risiken, die mit der Kenntnis des Untersuchungsergebnisses verbunden sind
- vorgesehene Verwendung der genetischen Proben sowie der Untersuchungsergebnisse

Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt. Ich habe verstanden, dass es mir frei steht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen oder auf die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses oder von Teilen davon zu verzichten und diese vernichten zu lassen.

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Material zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse aufbewahrt und anschließend vernichtet wird.

Ich wünsche die Durchführung der mir vorgeschlagenen Untersuchung:

und willige in die Gewinnung der erforderlichen Blutproben und die Untersuchung ein. ja nein

Ich möchte, dass neben dem einsendenden Arzt folgende weitere Personen das Ergebnis der Untersuchung mitgeteilt bekommen:

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer ja nein Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert und in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke oder für Zwecke der Qualitätssicherung genutzt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung nicht entsprechend der ja nein gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen.

Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich ja nein hiermit gemäß §950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat, und gestatte die Verwendung für wissenschaftliche Zwecke in pseudonymisierter Form.

Ich bin damit einverstanden, dass Daten für Abrechnungszwecke an eine ärztliche ja nein Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen.

Ort: _____

Ort: _____

Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift des Patienten / Betreuers

Unterschrift und Stempel des Arztes