

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Institut für Transfusionsmedizin und Zelltherapie Labor für Immungenetik / HLA und Stammzellspendersuchzentrum Probeneingang: Tel.: 0251-83-58503 Fax: 0251-83-58505	
Name, Vorname des Versicherten				
geb.am			Auftraggeber/Einsender (Stempel)	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Untersuchungen eine **ausführliche Aufklärung** und eine **schriftliche Einwilligung** sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven(vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.

Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung zu genetischen Untersuchungen gemäß GenDG erhalten und gebe mit meiner Unterschrift meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der

Fragestellung/Erkrankung/Diagnose:

notwendig sind sowie den dafür erforderlichen Probenentnahmen.

Bitte lesen sie die folgenden Punkte sorgfältig durch und kreuzen die für **Sie** zutreffenden Punkte an:

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise widerrufen kann und dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus erhobener Ergebnisse und Befunde verlangen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich wurde darüber informiert, dass ich das Recht habe Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen).	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über die Ergebnisse der genetischen Untersuchung informiert werden. Ich möchte über ggf. erhobene Nebenbefunde informiert werden, wenn sie hinsichtlich meiner persönlichen Gesundheit und der meiner Blutsverwandten von Relevanz sind.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsergebnissen über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass ggf. erhobene Daten/Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke sowie Zwecke der Lehre und Ausbildung genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften und/oder humangenetischen Datenbanken veröffentlicht werden dürfen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ort Datum Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. aller gesetzlicher Vertreter/-innen

Ort Datum Unterschrift der/des GenDG verantwortlichen Ärztin/Arztes

 Name der/des Ärztin/Arztes in Druckbuchstaben