Einwilligung in eine genetische Untersuchung nach dem GenDG

Patient(in)

Patientenetikett

zusätzliche Informationen und Vereinbarungen

Ggf. Sorgeberechtigter/gesetzlicher Betreuer etc.

_____

_____

_____

_____

Bei ☐ mir ☐ der von mir betreuten Person ☐ meinem Kind ist folgende genetische Untersuchung i.S. des GenDG geplant:

_____

Ich bin über Inhalt, Bedeutung, Umfang und Tragweite der genetischen Untersuchung und über die gesundheitlichen Risiken der oben genannten genetischen Untersuchung sowie der Gewinnung der genetischen Probe i.S. des § 9 Abs. 2 GenDG aufgeklärt worden. Die möglichen Ergebnisse der genetischen Untersuchungen wurden in den denkbaren Konsequenzen ausführlich erörtert. Mir wurde mitgeteilt, dass ich das Recht habe, die Ergebnisse meiner genetischen Untersuchung nicht zu erfahren.

Ich bin damit einverstanden, dass die oben angegebene geplante genetische Untersuchung durchgeführt und die dafür erforderliche genetische Probe (z.B. Blut, Wangenschleimhautabstrich) gewonnen werden darf. Ich hatte zur Entscheidung eine angemessene Bedenkzeit.

Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Untersuchungsergebnisse werden streng geschützt vor jedem unbefugten Zugriff entsprechend der gesetzlichen Vorgaben für 10 Jahre gespeichert.
Ich gestatte die Untersuchungsergebnisse und Befundberichte über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufzubewahren, um z.B. eine spätere medizinische Nachbehandlung optimal zu gewährleisten, zur Vornahme einer Auftragserweiterung (z.B. Stufendiagnostik) oder damit die Ergebnisse ggf. meiner Familie als Vergleichsmaterial nach meinem Tod zur Verfügung stehen.
Die Untersuchungsergebnisse werden grundsätzlich nur dem verantwortlichen Arzt mitgeteilt. Eine Weitergabe an Dritte ist – vorbehaltlich einer anderweitigen gesetzlichen Regelung – nur mit meiner schriftlichen Einwilligung gestattet.

Ich bin damit einverstanden, dass der Befund auf Anfrage anderen an der Behandlung beteiligten Ärzten der Abteilung, welcher der verantwortliche Arzt zugehört, zur Sicherstellung einer optimalen medizinischen Versorgung bekannt gegeben wird.

Verwendung Ihrer Probe und des Untersuchungsergebnisses (Bitte entsprechend ankreuzen!)

Ich möchte durch den aufklärenden Arzt über das Ergebnis der Untersuchung unterrichtet werden. (Anm.: Bei Verneinung werden die Untersuchungsergebnisse ohne Möglichkeit der Kenntnisnahme sofort vernichtet.)	Ja ☐	Nein ☐
Ich bin mit der anonymisierten Verwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial als wichtiger Erkenntnisquelle auf dem Gebiet der medizinisch-genetischen Diagnostik zu wissenschaftlichen Zwecken einverstanden.	Ja ☐	Nein ☐
Das Untersuchungsmaterial darf zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen aufbewahrt und verwendet werden.	Ja ☐	Nein ☐

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise ohne Angaben von Gründen schriftlich oder mündlich ohne persönliche Nachteile gegenüber dem aufklärenden Arzt für die Zukunft widerrufen kann. Meine Daten werden dann unverzüglich – so weit der Widerruf reicht – vernichtet.

Patient/in ggf. gesetzlicher Vertreter	**Aufklärender Arzt (Druckschrift):** _____
_____ _____ Ort, Datum Unterschrift	_____ _____ Ort, Datum Unterschrift