

Einwilligung zur genetischen Untersuchung

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

Bitte lesen Sie die Einwilligung zu genetischen Untersuchungen sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an.

Über die in Frage stehende Erkrankung/Störung/Diagnose:

_____ ,
 deren genetische Grundlage(n), die Möglichkeiten der Vorbeugung/Vermeidung/Behandlung sowie Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft einer möglichen genetischen Diagnostik einschließlich der mit der Probenentnahme verbundenen Risiken bin ich umfassend beraten worden.

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der zur Frage stehenden Erkrankung notwendig sind, sowie zu den erforderlichen Blut-/Gewebeentnahmen.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit offene Fragen zu besprechen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Befundmitteilung neben meinem(r) einsendenden Arzt (Ärztin) auch Frau / Herrn Dr. _____ zur Verfügung gestellt wird.

ja
 nein

Adresse:

Bei genetischen Analysen können sich Zusatzbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen. Ich wünsche die Mitteilung solcher Zusatzbefunde.

ja
 nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass die Ergebnisse der Untersuchung nach 10 Jahren vernichtet werden. Häufig sind diese Daten aber auch später noch wichtig für Ihre Kinder und Enkelkinder. Ich bin mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke nachfolgender Untersuchungen in meiner Familie einverstanden.

ja
 nein

Gemäß GenDG soll nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Analyse vernichtet werden. Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Untersuchungsmaterial für spätere genetische Untersuchungen in meiner Familie als Vergleichsmaterial bzw. für weiterführende genetische Analysen aufbewahrt wird.

ja
 nein

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden

ja
 nein

Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial ist auch wichtig für die Erforschung von biologischen Mechanismen, die zur Entstehung von Krankheiten führen. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung).

ja
 nein

Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial ist auch wichtiges Vergleichsmaterial für die Qualitätssicherung der genetischen Untersuchungen im Labor. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung).

ja
 nein

Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten/Ergebnisse und die Anamnese über die in Frage stehende Erkrankung entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert und in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für Zwecke der Qualitätssicherung und der Lehre/Weiter- und Fortbildung genutzt/veröffentlicht werden.

ja
 nein

Der Untersuchungsauftrag kann im Bedarfsfall an ein spezialisiertes medizinisches Labor weitergeleitet werden.

ja
 nein

Mir ist bekannt, dass ich alle getätigten Einwilligungen ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile widerrufen kann und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann. Ich bin mit der Weitergabe von Daten aus meiner Patientenakte für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle einverstanden.

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genetischen Analyse für die o.g. Fragestellung und zu der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme.

Ort, Datum

Name (Druckbuchstaben) Unterschrift (Patient/gesetzl. Vertreter)