

Bitte hier kleines Patientenetikett aufkleben

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG für die Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Nach Einschätzung Ihrer Ärzte ist es möglich, dass bei Ihnen eine Veränderung des Erbgutes besteht. Daher ist/sind folgende Untersuchung(en) geplant:

(Untersuchung(en) eintragen)

Für alle genetischen Untersuchungen gilt, dass Sie vorher von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der jeweiligen Untersuchung informiert werden müssen.

Mit nachfolgender Unterschrift bestätigen Sie, dass

- Sie in die Durchführung obiger Untersuchung(en) einwilligen,
- Sie von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_  
(ARZT Vor- und Nachname in Blockschrift)  
über Aussagekraft und Konsequenzen obiger Untersuchung(en) aufgeklärt wurden,
- Ihnen ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die genannte(n) Untersuchung(en) eingeräumt wurde,
- Sie mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden sind.

Das Gendiagnostikgesetz schreibt eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung und eine Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse für 10 Jahre vor. Für eine längere Aufbewahrung der Probe oder der Ergebnisse muss Ihr ausdrückliches Einverständnis vorliegen. Ebenso erfolgt eine Weiterleitung des Untersuchungsauftrages und eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an Dritte nur mit Ihrer Zustimmung.

	einverstanden?	
	ja	nein
<b>Aufbewahrung</b> des Probenmaterials für eine ggf. erforderliche oder gewünschte <b>Überprüfung</b> des Ergebnisses bzw. für <b>weiterführende genetische Untersuchungen</b> zur Diagnosefindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aufbewahrung</b> des Probenmaterials für <b>Qualitätskontrollmaßnahmen</b> im Labor oder <b>wissenschaftliche Zwecke</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse</b> über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weiterleitung</b> des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mitteilung</b> der Untersuchungsergebnisse an Ihre mitbehandelnden Ärzte (z. B. Vertretung des/der oben bezeichneten Arztes/Ärztin):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Ärzte eintragen)

Ihre Angaben und die Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Alle Einwilligungen können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen (Leitstelle Tel. (089) 41 40 -4777).

Ort, Datum

Tel. des Arztes für evtl. Rückfragen

Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r)

Unterschrift behandelnde(r) Arzt/Ärztin