Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums, Breisacher Str. 33, 79106 Freiburg, T: 0761-270 70530, F: 0761-270 70180

Einwilligungserklärung

für eine prädiktive/pränatale

genetische Untersuchung

Patientendaten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Aktenzeichen:

Verantwortliche/r Ärztin/Arzt:

Eine genetische Beratung wurde am …… von Frau/ Herrn Dr. …..……..... durchgeführt.

Die allgemeine Information zu genetischen Untersuchungen habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Über die in Frage stehende Erkrankung / Störung / Diagnose :

……

deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung und Behandlung sowie über Zweck, Art, Umfang, Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut- / Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden.

Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und ggf. weiterführender genetischer Untersuchungen einverstanden. ☐ stimme zu ☐ stimme nicht zu

Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung einverstanden. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung). ☐ stimme zu ☐ stimme nicht zu

Ich bin mit der Verwendung meines Untersuchungsmaterials und der Untersuchungsergebnisse zu wissenschaftlichen Zwecken einverstanden. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung). ☐ stimme zu ☐ stimme nicht zu

Ich bin mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden. ☐ stimme zu ☐ stimme nicht zu

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden. ☐ stimme zu ☐ stimme nicht zu

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Labor bin ich einverstanden. ☐ stimme zu ☐ stimme nicht zu

Ich bin damit einverstanden, dass meine Patientenunterlagen im Klinikrechenzentrum fachgerecht archiviert und kurzzeitig einem externen Dienstleister zur Aufbereitung überlassen werden. ☐ stimme zu ☐ stimme nicht zu

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde auch an folgende/n mitbehandelnde/n Ärztin/Arzt geschickt werden:

Frau/ Herrn Dr.: ……..

Den vorausgehenden Text habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben, meine Fragen zu besprechen und mir wurde eine angemessene Bedenkzeit vor der Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen, und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren. Mir ist bekannt, dass ich die eingeleitete Untersuchung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Untersuchungsproben sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Ort, Datum	Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter	Unterschrift Arzt/Ärztin