



**Einwilligungserklärung zur Durchführung  
genetischer Analysen**

Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung / Stempel

Patienteninformation

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

**Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung. Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:**

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von mir bzw. meinem Kind entnommenes Blut und / oder Gewebe auf genetische Veränderungen untersucht wird. Diese Untersuchung dient ausschließlich zur Abklärung von

.....(Diagnose, Gen, oder Untersuchung).  
Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt. Ebenso wurden die möglichen Konsequenzen, die sich aus den Ergebnissen der genetischen Untersuchung für mich oder auch andere Familienmitglieder ergeben können, ausführlich besprochen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse(n) weitergeleitet werden an:

Frau / Herrn Dr. :.....

Bei genetischen Untersuchungen kann es zu Ergebnissen kommen, die sich nicht auf o.g. Diagnose beschränken (sogenannte Zufallsbefunde).  
Auf die Mitteilung von Zufallsbefunden verzichte ich.  ja  nein  
Ich bitte auch um Mitteilung von Zufallsbefunden.  ja  nein

Mit der Aufbewahrung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für ggf. ergänzende Untersuchungen zur Diagnosefindung und für laboranalytischen Kontrollmaßnahmen bin ich einverstanden.  ja  nein

Ich bin einverstanden, dass erhobene Daten / Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.  ja  nein

Ich wurde darauf hingewiesen, 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 (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschl. aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Ort, Datum	Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des (gesetzlichen) Vertreters	Unterschrift Arzt - Name, Vorname
------------	---	--------------------------------------