



Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung / Stempel

Patientendaten:
Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____
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 streichen Sie die für Sie nicht zutreffenden Antworten durch:

- Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von mir bzw. meinem Kind entnommenes Blut und / oder Gewebe auf genetische Veränderungen untersucht wird. Je nach Fragestellung werden auch Hochdurchsatz-Methoden wie die Exom-Sequenzierung eingesetzt. Diese Untersuchung dient ausschließlich zur Abklärung von:

(Diagnose, Gen, oder Untersuchung)

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

Frau / Herrn Dr.:

Nicht Zutreffendes bitte streichen:

Bei genetischen Untersuchungen kann es zu Ergebnissen kommen, die sich nicht auf o.g. Diagnose beschränken (Zufallsbefunde). Ich bitte auch um die Mitteilung von medizinisch bedeutsamen Zufallsbefunden.

Mit der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials für ggf. ergänzende Untersuchungen zur Diagnosefindung oder für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen bin ich einverstanden

Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch zum späteren Zeitpunkt zur Verfügung stehen.

Ich bin einverstanden, dass erhobene Daten über die in Frage stehende Erkrankung, in verschlüsselter Form, für wissenschaftliche Zwecke genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften veröffentlicht werden

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 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).

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient bzw.
gesetzlicher Vertreter

.....
Unterschrift Arzt