

Einwilligung nach dem Gendiagnostikgesetz

Allgemeine Informationen zu genetischen Untersuchungen wurden mir verständlich erläutert.

Über die in Frage stehende Erkrankung/Störung/Diagnose

deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung und Behandlung sowie über Zweck, Art, Umfang, Aussagemöglichkeiten und Grenzen 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** nach Abschluss der Diagnostik zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, der Qualitätskontrollen und ggf. für zukünftige neue Diagnosemöglichkeiten für die oben genannte Fragestellung einverstanden. ja nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass die **Ergebnisse der Untersuchung** nach 10 Jahren vernichtet werden. Häufig sind diese Daten aber auch später für Sie oder Ihre Angehörigen wichtig. Ich bin mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren (maximal 30 Jahre) einverstanden. ja nein

Meine **Ergebnisse der genetischen Untersuchung/-en** dürfen für die Beratung bzw. Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden. ja nein

Ich stimme nur zu für: _____

Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges **Untersuchungsmaterial** sowie die erhobenen Daten in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet und Ergebnisse in Fachzeitschriften in anonymisierter Form veröffentlicht werden. Dazu überlasse ich das Material / die Daten dem Institut für Humangenetik, Universitätsklinikum Freiburg. ja nein

In seltenen Fällen werden **Zusatzbefunde** erhoben, die **nicht** im Zusammenhang mit der o. g. Fragestellung stehen und nach aktuellem Wissensstand eine gesundheitliche Bedeutung für mich oder meine Familie haben. Über diese Befunde möchte ich informiert werden. ja nein

Ich bin mit der **Weiterleitung** des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Labor einverstanden (wenn notwendig; unsere Kooperationspartner s. Homepage). ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Patientenunterlagen kurzzeitig einem externen Dienstleister (Heydt-Verlags-GmbH) zur **Digitalisierung** überlassen werden. ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde von der verantwortlichen ärztlichen Person an folgende Ärzte geschickt werden:

Name	Adresse

Patientendaten

Klinik / Station / Praxis

Diagnostiklabor Zyto- und Molekulargenetik der Humangenetik

Ärztliche Leitung:
Prof. Dr. med. Dr. Judith Fischer
Probeneinsendung: Institut für Humangenetik
Breisacher Str. 33, 79106 Freiburg
Telefon: +49 (0)761 270-70570

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

Den vorausgehenden Text habe ich gelesen und verstanden. Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben, meine Fragen zu besprechen. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit vor der Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meine freiwillige 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 widerrufen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Untersuchungsproben sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Ihren Widerruf richten Sie bitte schriftlich an folgende Adresse:

Diagnostiklabor Zyto- und Molekulargenetik der Humangenetik
Ärztliche Leitung:
Prof. Dr. med. Dr. Judith Fischer
Universitätsklinikum Freiburg
Breisacher Straße 33, 79106 Freiburg i. Br.

Hinweis zu Ihren Datenschutzrechten gemäß Art. 15 – 21 DSGVO:

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkungen der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den Datenschutzbeauftragten des Klinikums oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für unser Unternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist der Landesdatenschutzbeauftragte in Baden Württemberg.

Universitätsklinikum Freiburg
Datenschutzbeauftragter
Breisacher Straße 153
79110 Freiburg

Telefon: 0761 270-0
Telefax: 0761 270-20200
E-Mail: datenschutz@uniklinik-freiburg.de

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Königstraße 10 a
70173 Stuttgart

Telefon: 0711 615541-0
Telefax: 0711 615541-15
E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de



Datum

Unterschrift Patient/in

ärztliche Unterschrift und Stempel

Ich handle als Vertreter/in mit Vertretungsmacht / gesetzl. Vertreter/in / Betreuer/in

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)



Unterschrift Vertreter/in

Aufklärender Arzt	
Name, Vorname	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Stempel aufklärender Arzt