Einwilligungserklärung zu genetischen Untersuchungen

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Patient/in

Name, Vorname: Geburtsdatum:_ _ . _ _ . _ _ _ _

Abzuklärende Fragestellung:

_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt wurde,
- insbesondere wurde ich auf folgende besondere Risiken der Untersuchung bzw. Konsequenzen des Ergebnisses hingewiesen:

_____

_____

- ich der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zustimme,
- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde und
- ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen und das Recht auf Nichtkenntnis habe.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Patientenunterlagen im Klinikrechenzentrum unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzbestimmungen archiviert und kurzzeitig einem externen, vertraglich schweigeverpflichteten Dienstleister zum Verfilmen und zur EDV-Aufbereitung überlassen werden. Die gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungszeit von Ergebnissen genetischer Untersuchungen beträgt 10 Jahre. Das Universitätsklinikum Freiburg archiviert die Unterlagen der Patienten für 30 Jahre. Eine Löschung der genetischen Daten nach 10 Jahren ist aus technischen Gründen nicht möglich.
Der Archivierungszeit von 30 Jahren stimme ich zu (**die gewünschte Untersuchung kann nur durchgeführt werden, wenn die Frage mit ja beantwortet wurde**).

ja O nein O

Das Gendiagnostikgesetz schreibt eine sofortige Vernichtung der Probe nach Abschluss des Untersuchungsauftrages vor. Um Wiederholungs- bzw. Nachuntersuchungen in Ihrem Interesse zu ermöglichen, bitten wir Sie, einer weiteren Lagerung von bis zu einem Jahr zuzustimmen.

ja O nein O

Überschüssiges Untersuchungsmaterial kann eine wichtige Quelle für Forschungs- und Entwicklungsarbeit auf dem Gebiet der medizinisch-genetischen Diagnostik sein. Der anonymisierten Verwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke, sowie der anonymisierten Verwendung der Untersuchungsergebnisse im Rahmen von wissenschaftlichen Mitteilungen stimme ich zu.

ja O nein O

Ort und Datum:

Zuweisender Arzt (Stempel) – Unterschrift

Unterschrift des/der Patienten/in
Ggf. Erziehungsberechtigte(r)/ Gesetzliche(r)Vertreter(in)

Bitte Einwilligungserklärung zusammen mit Probe ins Labor schicken !