

Patientendaten

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung

Das Gendiagnostikgesetz schreibt vor, dass vor jeder genetischen Untersuchung eine ausführliche Aufklärung des Patienten erfolgt und eine genetische Beratung angeboten wird. Die Untersuchung darf erst nach Vorlage der schriftlichen Einwilligung des Patienten durchgeführt werden.

Gewünschte genetische Untersuchung: Bestimmung Apo-E-Genotyp

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die genannte Untersuchung gewährt wurde
- ich der dafür notwendigen Blutentnahme zustimme
- ich von meinem behandelnden Arzt über die genetischen Grundlagen der Erkrankung sowie die Aussagekraft, Grenzen und möglichen Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung hinreichend informiert wurde
- ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen, und ich jederzeit die Vernichtung des Untersuchungsmaterials sowie der daraus erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann. Auch habe ich das Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren

Ich möchte, dass der Befund der genetischen Untersuchung auch an folgende mitbehandelnde Ärzte geschickt wird:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Patientendaten im Klinikrechenzentrum unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzbestimmungen kurzzeitig einem externen Dienstleister zum Verfilmen und zur EDV-Aufbereitung überlassen werden.

Ja

Nein

Die gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungszeit für Ergebnisse genetischer Untersuchungen beträgt 10 Jahre. Das Universitätsklinikum Freiburg archiviert die Untersuchungsergebnisse für 30 Jahre, eine Löschung der Daten nach 10 Jahren ist technisch nicht möglich. Daher stimme ich einer Archivierungszeit von 30 Jahren zu: Wenn diese Frage mit Nein beantwortet wird, kann die Untersuchung nicht durchgeführt werden!

Ja

Nein

Bitte beachten: Wenn Sie eine dieser Fragen mit "Nein" beantworten, kann die Untersuchung nicht durchgeführt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift/Stempel Arzt