

Einwilligung für genetische Analysen gemäß GenDG

Allgemeine Informationen zu genetischen Untersuchungen wurden mir erläutert. Über die folgende in Frage stehende Erkrankung / Störung / Diagnose deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung und Behandlung sowie über Zweck, Art, Umfang, Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut-/Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden.

In Frage stehende Erkrankung / Störung / Diagnose:

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial (Blut- oder DNA-Probe) nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden. Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, der Qualitätskontrollen und ggf. für zukünftige neue Diagnosemöglichkeiten für die oben genannte Fragestellung einverstanden. nein ja

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 hinaus einverstanden. nein ja

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

Ich bin mit der Verwendung meines Untersuchungsmaterials und der Untersuchungsergebnisse zu wissenschaftlichen Zwecken einverstanden. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Pseudonymisierung) nein ja

Ich bitte um Mitteilung aller Zusatzbefunde, die nach aktuellem Wissensstand eine gesundheitliche Bedeutung für mich oder meine Familie haben. nein ja

Ich bin damit einverstanden, dass meine Patientenunterlagen im Klinikrechenzentrum fachgerecht archiviert und kurzzeitig einem externen Dienstleister zur Aufbereitung überlassen werden. nein ja

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung/Störung notwendig sind, sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahmen. Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Labor bin ich einverstanden.

Den vorausgehenden Text habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben, meine Fragen zu besprechen und mir wurde eine angemessene Bedenkzeit vor der Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt.

Ich habe zur Kenntnis genommen, 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. Mir ist bekannt, dass ich die eingeleitete Untersuchung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Untersuchungsproben sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Datum

✕

 Unterschrift Patient/in
(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

ärztliche Unterschrift und Stempel

 Ich handle als Vertreter/in
mit Vertretungsmacht

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

✕

Unterschrift Vertreter/in