



Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen (Gendiagnostik-Gesetz (GenDG))

Titel, Vorname, Nachname:
Geburtsdatum:
Straße, Nr.
PLZ, Ort

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aufgrund der bei Ihnen und/oder Ihren Angehörigen und/oder Ihrem Kind erhobenen Befunde ist es möglich, dass bei Ihnen oder Ihrem Kind eine Veränderung des Erbgutes besteht, die Krankheitszeichen verursachen kann. Mit Ihrer nachstehenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie Gelegenheit hatten, mit Ihrem behandelnden Arzt über die Aussagekraft und mögliche Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung zu sprechen, dass Ihre Fragen zu Ihrer Zufriedenheit beantwortet wurden, dass Sie zu Ihrer Zufriedenheit informiert wurden, dass Sie ausreichend Bedenkzeit hatten und dass Sie mit der Durchführung der Untersuchung sowie der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials für eine Überprüfung der Ergebnisse und eventuelle Zusatzuntersuchungen einverstanden sind. Alle Angaben sowie die Untersuchungsergebnisse unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht. Auch eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung bzw. auf Ihren Wunsch. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass daraus Nachteile entstehen.

Mit der Durchführung genetischer Untersuchungen bin ich einverstanden:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zum Zwecke der Erforschung von Krankheitsursachen und zur Verbesserung der zukünftigen Behandlung und Diagnostik bin ich damit einverstanden, dass meine Ergebnisse und Proben sowie labordiagnostische und klinische Daten in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken aufbereitet und anonymisiert genutzt/publiziert werden können:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Das Gendiagnostikgesetz schreibt eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vor. Für eine längere Probenaufbewahrung muss Ihr Einverständnis vorliegen. Mit einer längeren Aufbewahrung des Probenmaterials bin ich einverstanden (z.B. für Stufendiagnostik, Kontrolluntersuchungen):	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Das GenDG schreibt vor, dass die Untersuchungsergebnisse nach 10 Jahren vernichtet werden. Manchmal sind die Ergebnisse später noch wichtig (z.B. für Kinder). Ich bin mit einer längeren Aufbewahrung der Ergebnisse (mehr als 10 Jahre) einverstanden:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Das GenDG erlaubt die Übermittlung des Laborergebnisses nur an den Arzt, welcher die Untersuchung veranlasst hat. Sofern Sie möchten, dass auch andere Ärzte das Ergebnis erhalten, benötigen wir Ihre Zustimmung. Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde auch an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient / Patientin / gesetzlicher Vertreter