

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz

Nachname, Vorname (Pat.): _____ Geburtsdatum/ Geschlecht: _____ / <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____ Telefon: _____	<h3 style="margin: 0;">Patientenetikett</h3>
---	--

Mein/e behandelnde/r Arzt/Ärztin hat mich darüber aufgeklärt:

- dass bei mir und/oder meinem Kind möglicherweise eine genetische Veränderung vorliegt, die bereits vorhandene Erkrankungen erklären bzw. die Wahrscheinlichkeit für das zukünftige Auftreten von Erkrankungen bei mir und/oder meinem Kind erhöhen könnte,
- dass der Nachweis bzw. Ausschluss dieser genetischen Veränderung durch die Untersuchung des Probenmaterials möglich ist,
- welche Aussagekraft diese Untersuchung besitzt,
- welche medizinischen Auswirkungen das Ergebnis der Untersuchung für mich hat,
- dass alle Angaben und Untersuchungsergebnisse der Schweigepflicht unterliegen und nicht ohne mein ausdrückliches, schriftliches Einverständnis an Dritte weitergegeben werden dürfen,
- dass die Blutprobe zur medizinischen genetischen Untersuchung nur für den ausdrücklich schriftlich festgelegten Zweck verwendet und nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird,
- dass in seltenen Fällen klinisch relevante Zusatzbefunde auftreten können, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, jedoch für mich oder meine Familienangehörigen eine Behandlungskonsequenz haben. Ich erhebe keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von Zusatzbefunden.
- dass ich mein Einverständnis zur medizinischen genetischen Untersuchung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann,
- dass ich das Recht habe, auch nach Abschluss der Untersuchung nicht über deren Ergebnis informiert zu werden sowie die Vernichtung der Ergebnisse zu verlangen,
- dass die Ergebnisse medizinisch-genetischer Untersuchungen – sofern ich nicht deren Vernichtung verlangt habe - über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden dürfen

Mit meiner nachstehenden Unterschrift erkläre ich, dass:

- mich mein behandelnder Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung gemäß GenDG aufgeklärt hat
- ich mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial (Blut, Gewebe, bei Pränataldiagnostik Chorionzotten bzw. Fruchtwasser) einverstanden bin
- ich ausreichend Gelegenheit hatte, offene Fragen zu stellen und diese zu besprechen
- ich der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags - falls erforderlich - an ein qualifiziertes Kooperationslabor zustimme und damit einverstanden bin, dass die Ergebnisse ggf. über 10 Jahre hinaus aufbewahrt werden
- ich mit der Durchführung der genetischen Untersuchung zur Klärung der in Frage stehenden **Verdachtsdiagnose** einverstanden bin:

Indikation:

Ich möchte über das Untersuchungsergebnis informiert werden: Ja Nein

Bei Bedarf dürfen die Untersuchungsergebnisse für Beratungen
und/oder Untersuchungen von Familienmitgliedern genutzt werden: Ja Nein

Patient oder Einwilligung des gesetzlichen Vertreters bei nicht einwilligungsfähigem Patienten:

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Behandelnde/r Arzt/Ärztin:

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel:

Version erstellt:	Version geprüft:	Version freigegeben:
11.07.2023, Streuter, Florian	11.07.2023, Voelker, Udo	12.07.2023, Schuler-Lüttmann, Susanne