



## Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz

**Patientendaten:**

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
-------------	----------------	---------------------

<b>Straße</b>	<b>PLZ und Ort</b>
---------------	--------------------

**Genetische Indikation / Untersuchung/en**

Ich wurde über den Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung, einschließlich der Risiken der Probenentnahme hinreichend aufgeklärt.

Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt. Es steht mir frei, mündlich oder schriftlich ohne Angaben von Gründen diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise gegenüber der/dem u.g. aufklärende/n Arzt/Ärztin zu widerrufen, damit eingeleitete Untersuchungen zu stoppen und die Vernichtung bis dahin erhobene Ergebnisse zu verlangen. Nur bis dahin erbrachte Leistungen werden abgerechnet. Mir ist bekannt, dass ich von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand nehmen kann (Recht auf Nichtwissen).

Mit der Speicherung der Ergebnisse und der Erhebung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten in elektronischer Form unter Berücksichtigung der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) bin ich einverstanden.

**Ich bin zudem damit einverstanden (Nichtausfüllen entspricht einem „nein“):**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
• der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an spezialisierte kooperierende Labore. In diesem Fall werden die Untersuchungsergebnisse an das von mir beauftragte Labor berichtet, welches für die erweiterte Befundübermittlung zuständig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bei genetischen Untersuchungen können sich Zusatzbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen. Ich wünsche die Mitteilung solcher Zusatzbefunde, aber ein Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftiger Aktualisierung besteht nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dass meine Proben und Ergebnisse im Labor und /oder Arztpraxis für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses meinerseits oder für spätere Untersuchungen in meiner Familie über die 10-Jahres-Frist aufbewahrt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dass überschüssiges Probenmaterial anonym zum Zwecke der internen Qualitätssicherung (z.B. Kontrollen) verwendet werden darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dass die Ergebnisse der Untersuchung/en auch weiterbehandelnden Ärzten zu Verfügung gestellt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hiermit gebe ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung/en und der Gewinnung des Probenmaterials bei mir, bei meinem minderjährigen Kind oder der von mir betreuten Person:**

Ort; Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ggf. Name des gesetzlichen Vertreters**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient /gesetzlicher Vertreter**

\_\_\_\_\_  
**Name des aufklärenden Arztes**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des aufklärenden Arztes und ggf. Praxisstempel**

	erstellt/aktualisiert	freigegeben
Name, Datum	Barbara Pönsngen, 25.09.2023	Tanja Stein, 25.09.2023