

Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Die **vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung** des Patienten bzw. seines gesetzl. Vertreters ist **unbedingte Voraussetzung** für die Durchführung der genetischen Untersuchung.

Patient Name: Vorname: Geb.:	ggf. Sorgeberechtigter / gesetzlicher Betreuer
--	--

Ich bin damit einverstanden, dass die Proben für genetische Untersuchungen bezogen auf folgende Fragestellung gewonnen und verwendet werden:

..... (Indikation)

Ich erkläre, dass ich über die Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten Untersuchungen aufgeklärt worden bin. Eine angemessene genetische Beratung hat stattgefunden. Die möglichen Ergebnisse der genetischen Untersuchungen wurden in ihren denkbaren Konsequenzen ausführlich erörtert.

Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Meine Daten werden streng geschützt vor jedem unbefugten Zugriff gespeichert.

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) sieht vor, dass die Proben nach Abschluss der Untersuchung vernichtet werden. Das Probenmaterial kann jedoch später noch für Sie oder Ihre Verwandten von Bedeutung sein. Mit Ihrem Einverständnis (siehe unten) dürfen wir Ihre Proben aufbewahren. Gleiches gilt, wenn die Untersuchungsergebnisse länger als die gesetzlich vorgeschriebenen 10 Jahre aufbewahrt werden sollen.

Auch die Weiterleitung des Untersuchungsauftrages ist zustimmungspflichtig.

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen

(Bitte entsprechend ankreuzen)

Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Verwandten genutzt werden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird. Dazu überlasse ich das Untersuchungsmaterial der Abteilung Humangenetik, Universitätsmedizin Göttingen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass einer der Untersucher bei Bedarf in Zukunft mit mir Kontakt aufnimmt.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes Kooperationslabor einverstanden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit. Ich kann jederzeit verlangen, dass mir Untersuchungsergebnisse nicht mitgeteilt werden und/oder dass Untersuchungsergebnisse, die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs ermittelt wurden, vernichtet werden. Ein Nachteil entsteht mir daraus nicht.

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter _____ Ort, Datum Patient / ges. Vertreter	Unterschrift Arzt _____ Ort, Datum Arzt
---	--