



Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG

Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung

Angaben zum Patienten

.....
Name, Vorname:

.....
geb.:

.....
Tel.:

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen darüber hinaus, die u. g. Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären. **Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und streichen gegebenenfalls die für Sie nicht zutreffenden Antworten:**

- Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung (und ggf. zusätzlich spezielle schriftliche Aufklärungen) zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten, gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung/ Störung/ Diagnose: notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahmen.
Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse(n) auch an weitere Ärzte/Personen geschickt werden:

Frau/Herrn Dr.

Frau/Herrn

- Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie gegebenenfalls mir oder meinen Angehörigen auch weiterhin zur Verfügung stehen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form gespeichert werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in verschlüsselter (sog. pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt und in streng anonymer Form in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden. Bitte entscheiden Sie, ob und wie nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial verwendet werden darf.

- Ich bin mit der Aufbewahrung eines nach Abschluss der Analyse verbleibenden Untersuchungsmaterials einverstanden.
- Mein Untersuchungsmaterial darf in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für Qualitätssicherungen, zum Zwecke der Lehre oder für wissenschaftliche Fragestellungen verwendet werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.
- Ich wurde darauf hingewiesen, 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 (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

.....
Datum Unterschrift Patient/in oder (gesetzlicher) Vertreter

.....
Bei Vertreter: Name, Vorname

.....
Datum Arzt: Vor- und Nachname in Blockschrift

.....
Unterschrift Arzt

.....
Verhältnis zum Patienten