UNIVERSITÄTSKLINIKUM DES SAARLANDES
Medizinische Kliniken
Klinik für Innere Medizin II
Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin

Patientenetikett: Name, Vorname: Geburtsdatum: Geschlecht: Adresse: Abnahmedatum:	Arzt: Name: Unterschrift: _____

Einwilligungserklärung
zur genetischen Untersuchung oder Analyse gem. § 8 GenDG

Abzuklärende Fragestellungen/Genanalysen:

α1-Antitrypsin-Mangel; Familiäre Cholestase; Fettlebererkrankung; Gallensteine; Gilbert-Meulengracht-Syndrom; Morbus Crohn; Morbus Wilson; Pankreatitis; Leberzirrhose; Reizdarmsyndrom

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probennahme und zur Durchführung der oben genannten humangenetischen Untersuchungen, falls diese zur Diagnostik im Rahmen des stationären Aufenthaltes durch den behandelnden Arzt angeordnet werden sollten. Sollten die Untersuchungen nicht nötig sein, verbleibt diese Erklärung bis auf weiteres in ihrer Akte.

Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und die Tragweite der Analyse aufgeklärt. Die Aufklärung umfasste insbesondere

- Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchungen;
- Bedeutung der zu untersuchenden Eigenschaften für die Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen einschließlich der Möglichkeit zu deren Vermeidung, Vorbeugung oder Behandlung;
- gesundheitliche Risiken, die mit der Kenntnis des Untersuchungsergebnisses verbunden sind sowie die vorgesehene Verwendung der genetischen Probe und der Untersuchungsergebnisse.

Die durchzuführenden Untersuchungen richten sich gezielt und ausschließlich auf diese Fragestellungen und dienen nicht der Erlangung von Aussagen zu eventuellen anderen Krankheiten oder Erbanlagen.

Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt, und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen und von einer Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung Abstand nehmen kann.

Bitte entscheiden Sie durch Ankreuzen, wie die entnommene Probe genutzt werden darf und wie Sie über die Untersuchungsergebnisse informiert werden möchten:

Erstellt: 22.09.2022
Von: Dr. S. Weber
Freigabe: 26.09.2022
Von: Prof. Dr. M. Krawczyk

Ich möchte über das Ergebnis der Untersuchung informiert werden.	O JA	O NEIN
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes genetisches Material zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse aufbewahrt wird.	O JA	O NEIN
Sofern erforderlich, bin ich mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes Labor einverstanden.	O JA	O NEIN
Ich bin mit der Weitergabe des Untersuchungsergebnisses an mit- und nachbehandelnde Ärzte einverstanden.	O JA	O NEIN
Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und – unterlagen über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	O JA	O NEIN

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum: _____

_____
Unterschrift des/der Patienten/in
ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertreter/in

Verwendung für Forschungszwecke		
Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Probenmaterial in anonymisierter Form auch für genetische Forschungszwecke (z. B. Kontrollproben) verwendet wird.	O JA	O NEIN
Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Probenmaterial in anonymisierter Form auch an andere Forschungsinstitute für genetische Forschungszwecke weitergegeben wird.	O JA	O NEIN
Ich bin damit einverstanden, dass das Labor mich über klinische Studien informiert, die meine Erkrankung betreffen.	O JA	O NEIN

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum: _____

_____
Unterschrift des/der Patienten/in
ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertreter/in