

Einwilligungserklärung zur genetischen Analyse

Gültig ab:
04.11.2022

Gültig bis:
03.11.2027

Seite: 1 von: 2

Patientendaten (Aufkleber) Name, Vorname: Geburtsdatum: Adresse:	Einsender: Klinik/ Station/ Ambulanz/ Arzt (ggf. Stempel) Tel.: Fax:
---	--

Einsendedatum: _____

Name des Arztes in Druckschrift
(ggf. Stempel)

Ärztliche Unterschrift

Einwilligungserklärung zur genet. Untersuchung o. Analyse gem. §8GenDG

Zusätzlich Anforderung Online oder mit Schein erforderlich !

Fragestellung - bitte ankreuzen	
<input type="checkbox"/> Thrombophiliediagnostik	<input type="checkbox"/> Demenz (Apo E)
<input type="checkbox"/> Hämochromatose (HFE)	<input type="checkbox"/> DPYD-Gen (5-FU Unverträgl.)
<input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz (MCM6)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges.....	

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probennahme und zur Durchführung einer humangenetischen Untersuchung zur Abklärung der oben bezeichneten Fragestellung bzw. Genanalyse. Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und die Tragweite der Analyse aufgeklärt. Die Aufklärung umfasste insbesondere

- Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung;
- Bedeutung der zu untersuchenden Eigenschaften für die Erkrankung oder gesundheitliche Störung inkl. 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 durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt und ausschließlich auf diese Fragestellung und dient 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

Einwilligungserklärung zur genetischen Analyse

Gültig ab:
04.11.2022

Gültig bis:
03.11.2027

Seite: 2 von: 2

widerrufen und von einer Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung Abstand nehmen kann. Über das Untersuchungsergebnis kann ich eine genetische Beratung in Anspruch nehmen.

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

Ich möchte über das Ergebnis der Untersuchung informiert werden.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse bzw. eventuelle künftige Abklärungs- möglichkeiten 5 Jahre aufbewahrt wird.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Sofern erforderlich, bin ich mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes Labor einverstanden.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Ich bin mit der Weitergabe des Untersuchungsergebnisses an meine mit- und nachbehandelnden Ärzte einverstanden.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und -unterlagen über die gesetzlich vorgeschriebene Zeit von 10 Jahren hinaus einverstanden.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Verwendung für Forschungszwecke:

Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Probenmaterial in anonymisierter Form auch für genetische Forschungszwecke (z.B. Kontrollproben) verwendet wird.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Probenmaterial in anonymisierter Form auch an andere Forschungsinstitute für genetische Forschungszwecke weitergegeben wird.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> 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

Bitte das komplett ausgefüllte Formblatt an das Zentrallabor über die Rohrpost (Nr. 23014) versenden bzw. faxen (Fax: 30703).