

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aufgrund der bei Ihnen (bzw. Ihren Angehörigen und/oder Ihrem Kind) erhobenen Befunde ist es nach Einschätzung Ihrer behandelnden Ärzte möglich, dass bei Ihnen (oder Ihrem Kind) eine genetische Veränderung des Erbgutes besteht. Diese hat entweder bereits Krankheitszeichen zur Folge oder kann in Zukunft möglicherweise zu einer Erkrankung führen. Viele Veränderungen des Erbgutes lassen sich durch die Untersuchung einer Blutprobe nachweisen.

.....
Name/Vorname des Patienten/der Patientin

.....
Geburtsdatum

Mit Ihrer nachstehenden Unterschrift bestätigen Sie folgende Punkte:

- Sie wurden von Ihrem behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der u. a. Untersuchung aufgeklärt.
- Ihnen wurde vor der Einwilligung in die Untersuchung ausreichend Bedenkzeit eingeräumt.
- Sie willigen in die erforderliche Blutentnahme sowie in die genetische Analyse ein, die zur vollständigen Abklärung der u. a. (Verdachts-)Diagnose durchgeführt wird.

Angeforderte genetische Untersuchung (ggf. Gene, Indikation):

Thrombophilie

Hämophilie

Z.n. Aborten

folgende Untersuchung:

Ich stimme zu, dass

- die gewonnenen Untersuchungsergebnisse nach Befunderstellung über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. ([Aufbewahrung der Ergebnisse nach Befunderstellung gemäß GenDG §12](#))
- mein Probenmaterial an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor im Rahmen eines Unterauftrags weitergeleitet werden kann.
- mein Probenmaterial zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführender zur Diagnosefindung erforderlichen Untersuchungen aufbewahrt wird. ([Verwendung und Vernichtung der genetischen Proben gemäß GenDG §13](#))
- mein Probenmaterial für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke pseudonymisiert verwendet werden darf. ([Verwendung und Vernichtung der genetischen Proben gemäß GenDG §13](#))
- eine schriftliche Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an meinen behandelnden / verantwortlichen Arzt erfolgt.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie diese Einwilligung jederzeit widerrufen können. In diesem Fall wird die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Patienten/in
bzw. des/der Erziehungsberechtigten

.....
Unterschrift
des verantwortlichen Arztes