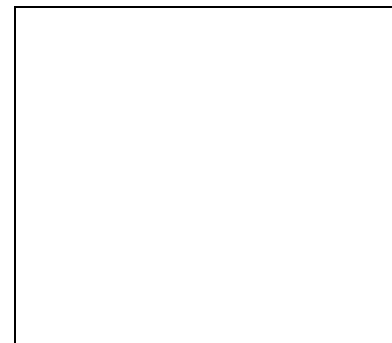


Einwilligungserklärung

zur Durchführung einer genetischen Untersuchung
nach dem Gendiagnostikgesetz



Praxisstempel

Name

Vorname

Geb.- Datum

Straße

PLZ/Ort

Vorgesehene genetische Untersuchung: _____

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift bestätigen Sie:

- 1) Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung von Ihrem behandelnden Arzt ausführlich informiert worden zu sein.
- 2) Das Informationsblatt zur Aufklärung/genetischen Beratung vor/nach genetischen Untersuchungen gemäß GenDG gelesen, verstanden und eine Kopie davon erhalten zu haben.
- 3) Ihnen eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt wurde.
- 4) Sie die Einwilligung jederzeit widerrufen können, die Untersuchung abgebrochen und Ihnen nur die bis dahin erbrachte Leistung in Rechnung gestellt wird.
- 5) Sie mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden sind.
- 6) Eine Befundmitteilung nur durch den behandelnden Arzt erfolgen darf.

Das GenDG schreibt eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vor. Für eine längere Probenaufbewahrung (z.B. weiterführende Diagnostik, schwierige Blutentnahme bei Kindern etc.) muss Ihr ausdrückliches Einverständnis vorliegen. Gleiches gilt, wenn die Untersuchungsergebnisse länger als die gesetzlich vorgeschriebenen 10 Jahre aufbewahrt werden sollen (z.B. für Familienuntersuchungen von Erbkrankheiten). Die Weiterleitung des Untersuchungsauftrages ist ebenfalls zustimmungspflichtig. Auch eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung (z.B. mitbehandelnde Ärzte, Angehörige).

Aufbewahrung des Probenmaterials zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführender genetischer Untersuchungen zur Diagnosefindung.

- einverstanden
 nicht einverstanden

Aufbewahrung des Probenmaterials für laboranalytische Qualitätskontrollen oder wissenschaftliche Zwecke.

- einverstanden
 nicht einverstanden

Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus.

- einverstanden
 nicht einverstanden

Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor.

- einverstanden
 nicht einverstanden

Weiterleitung von Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle.

- einverstanden
 nicht einverstanden

Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an Ihre mitbehandelnden Ärzte (z.B. humangenetische Beratungsstellen, medizinische Kooperationsstellen).

- einverstanden
 nicht einverstanden

Ort / Datum

Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des (gesetzlichen) Vertreters