



**Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (gemäß Gendiagnostikgesetz)**

- Alle grau unterlegten Bereiche sind auszufüllen bzw. zu beantworten.
- Das Formular muss eigenhändig jeweils von Patient/Gesetzl. Vertreter und von verantwortlichem(er) Arzt/Ärztin datiert und unterschrieben werden.
- Bitte beachten Sie, dass die genetische Untersuchung nur bei Vorliegen einer vollständig und korrekt ausgefüllten Einwilligungserklärung durchgeführt werden kann.

<b>Name, Vorname:</b> (zu untersuchende Person)	<b>Geb.-Datum:</b>
----------------------------------------------------	--------------------

Ich bestätige meine Einwilligung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme über die in Frage stehende Erkrankung:

(Verdachts-)Diagnose .....

bei mir
  bei meinem Kind
  bei der von mir betreuten Person

Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf die abzuklärende Erkrankung.

Ich bin über die genetischen Grundlagen bezogen auf die in Frage stehende Erkrankung sowie die Möglichkeiten und Grenzen der molekulargenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz ausführlich aufgeklärt worden. Die Bedeutung und Tragweite des Ergebnisses der gewünschten Untersuchung sowie die Verwendung und Aufbewahrung von Probenmaterial und Untersuchungsergebnissen wurden mir umfassend erläutert. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und die Möglichkeit, zusätzliche Fragen zu stellen.

Die von mir gemachten Angaben und alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur mit meiner ausdrücklichen und schriftlichen Einwilligung an Familienangehörige oder andere Ärzte weitergegeben. Mit einer Aufbewahrung der Ergebnisse über einen längeren Zeitraum als die gesetzlich vorgeschriebenen 10 Jahre bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an dieser Untersuchung freiwillig ist und ich meine Einwilligung zu der genetischen Untersuchung, der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse sowie zur Aufbewahrung der Probe jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Ich wünsche die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an mich durch den verantwortlichen Arzt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Der möglichen Verwendung von anonymisiertem Probenmaterial für Maßnahmen zur Qualitätssicherung stimme ich zu	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein medizinisches Kooperationslabor bin ich einverstanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

..... <b>Ort, Datum</b>	..... <b>Ort, Datum</b>
..... <b>Unterschrift</b> Patient/Gesetzlicher Vertreter	..... <b>Unterschrift/ Stempel</b> Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin
..... <b>Name, Vorname</b> (Druckschrift)	..... <b>Name, Vorname</b> (Druckschrift)