



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Durchführung humangenetischer Analysen gemäß GenDG

Patient/in: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Durchführung

einer molekulargenetischen / molekularzytogenetischen / zytogenetischen Analyse zur Abklärung der Verdachtsdiagnose

einer prädiktiven (präsymptomatischen) genetischen Analyse zur Abklärung des Trägerstatus hinsichtlich

_____ (Erkrankung, Syndrom)

bei mir

bei meiner Tochter / meinem Sohn

_____ Geburtsdatum: _____

Ich wurde über die zu untersuchende Krankheit bzw. Anlageträgereigenschaft informiert. Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Analyse wurde ich aufgeklärt. Mir wurde eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt.

Ich möchte über die Ergebnisse der genetischen Analyse nur insoweit informiert werden, wie es für mich und meine Familie für die oben genannte Fragestellung praktisch relevant ist. Auf die Mitteilung von Zufallsbefunden verzichte ich.

ja nein

Ich bitte auch um Mitteilung aller Zufallsbefunde, aus denen sich praktische Konsequenzen ableiten lassen.

ja nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann, dass ich von der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse Abstand nehmen kann (Recht auf Nichtwissen), dass ich das eingeleitete Untersuchungsverfahren jederzeit stoppen oder die Vernichtung des Untersuchungsmaterials sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse verlangen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass Befunde der Analysen auch an weitere Ärzte / Personen geschickt werden.

ja nein

ggf. Name/n: _____

Ich stimme zu, dass verbleibendes genetisches Material (DNA) zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und für zukünftige neue Diagnosemöglichkeiten für die oben genannte Fragestellung aufbewahrt wird.

ja nein

Ich stimme zu, dass verbleibendes genetisches Material (DNA) in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form zum Zwecke der Qualitätssicherung (als Kontrolle / Vergleichsmaterial im eigenen Labor, Laborvergleiche) verwendet wird.

ja nein

Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und Befundberichte über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in
bzw. Erziehungsberechtigte/r, gesetzliche Vertretung

Ort, Datum

Unterschrift aufklärender Arzt/aufklärende Ärztin