



Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz ab dem 01.02.2010 (Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung).



Gender selection: Männlich, Weiblich, Divers

Schwangerschaftswoche selection

Form fields for patient information: Name, Vorname, geb. am, Kassen-Nr., Versicherten-Nr., Status, Vertragsarzt-Nr., VK gültig bis, Datum

Ich bestätige, dass ich von _____ im Hinblick auf die bei

Selections: mir selbst, meinem Kind, der von mir betreuten Person

Geburtsdatum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

geplante, nachfolgend näher beschriebene gendiagnostische Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG)

- HLA-B27, Prothrombin (F II)-Mutation, Laktose-Intoleranz Genotypisierung, alpha1 Antitrypsin Genotyp, Mutationen im HFE-Gen, Nachweis von HLA-DQ2 / DQ8, MTHFR-Mutation, Ersttrimester-Screening, fetale Rhesusfaktorbestimmung

Bei anderen genetischen Untersuchungen bitte spezielles Formular «Humangenetik» verwenden. Bitte vor Blutentnahme im Labor anfordern!

1 Diese Untersuchungen werden an ein Fremdlabor weitergeleitet.

über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten genetischen Untersuchung(en), die erzielbaren Ergebnisse, die gesundheitlichen Risiken, die vorgesehene Verwendung der genetischen Probe sowie der Untersuchungsergebnisse sowie mein Recht auf Widerruf der Einwilligung und mein Recht auf Nichtwissen aufgeklärt wurde und bestätige, dass

- 1. mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde,
2. ich mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden bin,
3. ich mit der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses an meinen behandelnden Arzt einverstanden bin,
4. ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Zusätzlich erkläre ich meine Einwilligung (Nicht Zutreffendes bitte streichen)

- in die Aufbewahrung der Proben nach Abschluss der Analyse, damit ggf. weitere Untersuchungen nachgefordert werden können und Kontrolluntersuchungen möglich sind
dass Labor das Probenmaterial in anonymisierter Form für die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung und wissenschaftliche Zwecke (z. B. Statistische Auswertungen) verwenden kann
in die Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse für einen Zeitraum von bis zu weiteren 30 Jahren nach Ablauf der vorgeschriebenen Frist von 10 Jahren, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen und während dieser Zeit anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können.
in die Beauftragung des o.a. medizinischen Labors mit der Durchführung oder ggf. Weiterleitung der genetischen Analyse und der Weitergabe meiner persönlichen Daten zum untersuchenden Labor.
in die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse bei Nichterreichen meines behandelnden Arztes, auch an mitbehandelnde Ärzte der Praxis/ Einrichtung oder deren Vertreter.

Inhalt des Aufklärungsgesprächs:

Horizontal lines for recording the content of the clarification conversation.

Ort, Datum* Unterschrift Patient (bei Minderjährigen oder betreuten Personen des/der gesetzlichen Vertreter/s)*

Ort, Datum*

Ort, Datum*

* bei gendiagnostischer Untersuchung zur Klärung der Abstammung auf Grundlage einer Einwilligung muss diese von allen Beteiligten erklärt werden.