



Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung

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

Beleg Barcode



- Männlich Weiblich
 Divers

Name, Vorname des Versicherten			geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	

Ich bestätige, dass ich von _____

im Hinblick auf die bei

mir selbst meinem Kind _____

Geburtsdatum: _____

der von mir betreuten Person

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

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

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> HLA-B27 | <input type="checkbox"/> Prothrombin (F II)-Mutation und/oder Faktor V-Mutation (Leiden) | <input type="checkbox"/> Laktose-Intoleranz Genotypisierung |
| <input type="checkbox"/> α1 Antitrypsin Genotyp | <input type="checkbox"/> Mutationen im HFE-Gen (Hämochromatose) | <input type="checkbox"/> Nachweis von HLA-DQ2 / DQ8 ¹ |
| <input type="checkbox"/> MTHFR-Mutation ¹ | <input type="checkbox"/> Ersttrimester-Screening ¹ | |

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 Mitteilung der Untersuchungsergebnisse bei Nichterreichen meines behandelnden Arztes, auch an mitbehandelnde Ärzte der Praxis/Einrichtung oder deren Vertreter.

Inhalt des Aufklärungsgesprächs:

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.