Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

LABOR DR. VON FROREICH

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

Schwangerschaftswoche ___ + ___

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)

☐ HLA-B27
☐ fetale Rhesusfaktorbestimmung [1]
☐ Nicht invasiver Pränataltest (Trisomie 13,18 und 21) [1]
☐ Ersttrimester-Screening [1]
☐ Prothrombin (F II)-Mutation
☐ Faktor V-Mutation (Leiden)
☐ α1 Antitrypsin Genotyp [1]
☐ MTHFR-Mutation [1]
☐ Laktose-Intoleranz Genotypisierung
☐ Nachweis von HLA-DQ2 / DQ8 [1]
☐ Mutationen im HFE-Gen (Hämochromatose)

Weitere, nicht aufgeführte Untersuchungen: _____

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 ([1]Nicht Zutreffendes bitte streichen)

- in die Aufbewahrung der genetischen Probe nach Abschluss der genetischen Untersuchung(en), damit das Labor sie ggf. in anonymisierter Form für Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke (z. B. statistische Auswertungen) verwenden kann, ohne Anspruch darauf zu erheben[1].
- in die Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus, damit sie ggf. auch danach in verschlüsselter Form vom Labor für Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können, ohne Anspruch darauf zu erheben[1].
- in die Mitteilung ggf. erhobener Zufallsbefunde, ohne Anspruch darauf zu erheben[1].
- in die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses bei Nichterreichen meines behandelnden Arztes, auch an mitbehandelnde Ärzte der Praxis /Einrichtung oder vertretende Ärzte[1].
- in die Weiterleitung des Untersuchungsauftrags bei Erforderlichkeit an spezialisierte kooperierende Labore. In diesem Fall können die Untersuchungsergebnisse an das von mir beauftragte Labor berichtet werden[1].

Inhalt des Aufklärungsgespräches:

_____

_____

_____

_____

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.

Labor Dr. von Froreich GmbH
Großmoorbogen 25 21079 Hamburg

Datum: Oktober 2023
Version 16