

Genetische Untersuchung

Einwilligungserklärung (gemäß Gendiagnostikgesetz)

Name, Vorname: (zu untersuchende Person)	Geb.-Datum:
--	--------------------

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

Genetische Untersuchung
(Verdachts-)Diagnose

<input type="checkbox"/> bei mir	<input type="checkbox"/> bei meinem Kind	<input type="checkbox"/> 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
Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein medizinisches Kooperationslabor bin ich einverstanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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