

ANLAGE ZUM LABORAUFTRAG EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG GENETISCHE UNTERSUCHUNG (gemäß Gendiagnostikgesetz GenDG)

Diese Erklärung ist Voraussetzung für die Durchführung einer genetischen Untersuchung. Bitte sorgfältig lesen und vollständig ausfüllen. Die Teilnahme ist freiwillig. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Patient/in:		Auftragsnummer/ Barcode
Name, Vorname		Geburtsdatum
Geschlecht*: ☐ m ☐ w ☐ d ☐ u		Patient erkrankt: ☐ ja ☐ nein
Rechnungsart: ☐ GKV ☐ Privat ☐ Selbstzahler		
(Verdachts-) Diagnose:		

Ich wurde gemäß GenDG umfassend über Ziel, Umfang und mögliche Folgen der genetischen Untersuchung aufgeklärt.

Ich willige ☐ für mich ☐ für mein Kind ☐ für die von mir betreute Person ein in:

- die Entnahme und Analyse von Blut- oder Gewebeproben
- die Durchführung der genetischen Untersuchung der Probe
- die Speicherung und Verarbeitung meiner Daten gemäß GenDG
- die Speicherung und Verarbeitung meiner Daten gemäß EU-DSGVO

Rechtsgrundlagen:

Art. 6 Abs. 1 lit. b), c) und Art. 9 Abs. 2 lit. h) EU-DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG
 Datenschutzbeauftragte/r des IMD Labor Greifswald – MVZ Labor Greifswald GmbH:

activeMind (Datenschutz@imd-greifswald.de); mehr Informationen: www.imd-greifswald.de/de/datenschutz

Ich bin einverstanden mit: (Nichtzutreffendes bitte streichen)

- einer Weiterleitung des Untersuchungsauftrags oder Teilen davon an ein spezialisiertes Partnerlabor, falls erforderlich
- der Weitergabe anonymisierter Proben für Qualitäts- oder Forschungszwecke
- der Speicherung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer hinaus
- der Mitteilung medizinisch relevanter Zufallsbefunde
- einer Weiterleitung der Befunde der Untersuchung(en) an folgende/n Ärztin/Arzt:
 vollständiger Name UND Adresse der/des Ärztin/Arztes:

.....

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG (Bitte ausfüllen, da sonst keine Diagnostik möglich!)

Ich habe die Informationen gelesen und verstanden. Ich willige in die Durchführung der genetischen Untersuchung sowie in die Nutzung und Verarbeitung meiner Daten wie beschrieben ein.

Name des/der Patient/in / gesetzlichen Vertretung (in DRUCKBUCHSTABEN):

.....

Ort / Datum

X.....
 Unterschrift Patient/in / gesetzliche Vertretung

Verantwortliche/r Ärztin/Arzt:

.....

Ort / Datum

X.....
 Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt