

## Einwilligungserklärung

### zur Durchführung genetischer Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz

<b>Patient/in</b>  Name:  Vorname:  Geburtsdatum:	<b>Praxis/Krankenhaus</b> Stempel   aufklärender Arzt:  Datum, Unterschrift:
---	--

In Frage stehende **Erkrankung/Diagnose**, für die eine genetische Untersuchung durchgeführt werden soll:

Ich wurde über Art, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung, insbesondere über Zweck, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen, aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt oder zum Zwecke der Qualitätssicherung aufbewahrt werden kann.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Untersuchung(en) auch an folgende Ärzte geschickt werden können: Frau/Herr Dr. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise schriftlich oder mündlich widerrufen und ich habe das Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Feld für Auftragsnummer  
  
  
 MVZ Humangenetik Ulm

-----

Ort, Datum Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in