



**Einwilligung in eine genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)**  
**Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten / gesetzlichen Vertreters ist gemäß GenDG unbedingte Voraussetzung für die Durchführung einer genetischen Untersuchung**

(Original zum Verbleib bei einsendendem Arzt/Ärztin als Beleg für erfolgte Aufklärung,

**bitte Kopie zusammen mit Anforderungsformular für die Untersuchung an das genetische Labor)**

<b>Patientendaten (ggf. Aufkleber):</b>	E 01
Name: ..... Vorname: ..... geb.: ..... Straße ..... PLZ ..... Ort .....	Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an

Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung (und ggf. zusätzlich spezielle schriftliche Aufklärungen) zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten, gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung / Störung / Diagnose:

.....  
 notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahmen.  
 Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

<b>Bitte entscheiden Sie, wie Ihr Untersuchungsmaterial und die daraus resultierenden Ergebnisse verwendet werden dürfen</b>		
Ich bin damit einverstanden, dass ggf. (Teil-) Untersuchungen in einem externen Kooperationslabor durchgeführt werden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ich bin damit einverstanden, dass Zufallsbefunde (Ergebnisse, die mit der eigentlichen Fragestellung nicht im direkten Zusammenhang stehen) nicht bzw. nur dann mitgeteilt werden, wenn es zur Erfüllung des Untersuchungsauftrages unvermeidbar ist.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden.		
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der erhobenen Ergebnisse, sowie ggf. für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ich bin einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial in pseudonymisierter (verschlüsselter) Form zum Zwecke der Qualitätssicherung aufbewahrt und verwendet wird.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse und Unterlagen in Papierform und/ oder elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben für 10 Jahre aufbewahrt werden. (nein = sofortige Vernichtung)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ich bin einverstanden, dass erhobene Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung für wissenschaftliche Zwecke genutzt und in pseudonymisierter Form in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

**Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen.**

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum:

Stempel

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Patientin /des Patienten /des (gesetzlichen) Vertreters

\_\_\_\_\_  
 Aufklärende(r) Ärztin / Arzt