



Einwilligungserklärung zur genetischen Diagnostik

Kind/Patient

geb.am.

Hiermit bestätige ich, dass ich entsprechend dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) durch u.g. verantwortliche/n Ärztin/Arzt aufgeklärt, informiert und humangenetisch beraten wurde über:

- die Art und den Umfang der genetischen Analyse, sowie Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten Untersuchung
- meinen Anspruch auf eine genetische Beratung und angemessene Bedenkzeit zur Einwilligung in die genannte Untersuchung
- mein Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Begründung zu widerrufen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials zu verlangen
- mein Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen)
- die Vernichtung der Untersuchungsergebnisse nach 10 Jahren
- die Vernichtung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung

Bei komplexen Fragestellungen kann eine längerfristige Aufbewahrung sinnvoll sein. Hiermit bin ich einverstanden:
 Nein **Ja** (Dies beinhaltet keinen Anspruch auf Aufbewahrung. Keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet.)

Ich bin einverstanden (nicht Zutreffendes bitte streichen):

- mit der Entnahme von Probenmaterial
- mit der angeforderten molekulargenetischen Diagnostik zur Abklärung / bei V.a.:

- dass die Untersuchungsergebnisse durch den verantwortlichen Arzt an mit- und weiterbehandelnde Ärzte mitgeteilt werden dürfen
- dass der Untersuchungsauftrag ggf. an ein spezialisiertes Labor weitergeleitet werden darf
- dass Probe und erhobene Daten anonymisiert für die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen verwendet werden können

Patienteneinwilligung

Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung der genetischen Untersuchung einverstanden. Ich wurde umfassend über Art, Zweck und Aussagekraft der genetischen Untersuchung sowie über das Recht auf Nichtwissen informiert und habe zurzeit keine weiteren Fragen. Ich bin einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse mir und den mitbehandelnden Ärzten mitgeteilt werden dürfen und dass die Probe anonymisiert für technische Kontrollzwecke weiterverwendet werden kann. *(nicht Zutreffendes bitte streichen)*

Ersatzweise Erklärung verantwortliche(r) Ärztin/Arzt

Patient wurde gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) beraten und ist mit der angeforderten Untersuchung sowie der dafür notwendigen Probenentnahme einverstanden. Die schriftliche Einwilligung für die o.g. genetische Untersuchung liegt mir vor.

Name, Vorname
Personensorgeberechtigte(r)

Unterschrift

Name, Vorname
Verantwortliche(r)/aufklärende(r)
Ärztin/Arzt

Unterschrift