



Institut für Humangenetik

Prof. Dr. med. Martin Zenker, OÄ Dr. med. Ina Schanze
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg
Telefon: 0391/67-15062
Fax: 0391/67-15066

Einsender (Stempel)

Name:

Adresse:

Telefon:

Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters ist unbedingte Voraussetzung für die Durchführung der genetischen Untersuchung.

Patientendaten (ggf. Aufkleber)	Weitere Personen:
Name:	(z.B. Angehörige, die im Rahmen des gleichen Auftrags untersucht werden sollen)
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Erkrankung/Diagnose/

gewünschte genetische Analyse:
(wird vom Arzt ausgefüllt)

Über die in Frage stehende Erkrankung/Diagnose, deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung / Behandlung sowie über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut-/Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Ich hatte Gelegenheit, meine Fragen zu besprechen, und ausreichende Bedenkzeit. **Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genetischen Analyse für die o.g. Fragestellung und zu der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme.**

Das Gendiagnostikgesetz schreibt eine unverzügliche Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vor. Für eine längere Probenaufbewahrung muss Ihr ausdrückliches Einverständnis vorliegen. Gleiches gilt, wenn die Untersuchungsergebnisse länger als die gesetzlich vorgeschriebenen 10 Jahre aufbewahrt werden sollen. Die Aufbewahrung von Proben und Untersuchungsbefunden kann wichtig sein für spätere Untersuchungen bei Familienangehörigen, für die Überprüfung der Ergebnisse, zur Qualitätssicherung, im Falle neuer Diagnosemöglichkeiten oder für Forschung auf dem Gebiet der in Frage stehenden Diagnose. Ihre Angaben und die Untersuchungsergebnisse unterliegen in jedem Fall der ärztlichen Schweigepflicht, von der nur Sie uns entbinden können. Entscheiden Sie bitte über die Aufbewahrung und Verwendung von Proben und Ergebnissen.

- Ich bin einverstanden, dass Probenmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, für spätere Untersuchungen in meiner Familie oder in Hinblick auf neue Diagnosemöglichkeiten aufbewahrt wird. ☐ Ja ☐ Nein
- Ich bin einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung über die gesetzliche Frist (10 Jahre) hinaus aufbewahrt werden (z.B. für Kinder und Enkel). ☐ Ja ☐ Nein
- Ich bin einverstanden, dass überschüssiges Probenmaterial nicht namentlich gekennzeichnet zur Qualitätssicherung oder zur Erforschung der Ursachen genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird, und dass ggf. erhobene Daten/Ergebnisse in anonymisierter Form für Zwecke der Lehre und Ausbildung sowie für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden. ☐ Ja ☐ Nein

Bei der Verwendung von Übersichtsmethoden (Suchtests) können sich Zufallsbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der eigentlichen Fragestellung stehen. Bitte entscheiden Sie, ob Ihnen auch solche Ergebnisse mitgeteilt werden sollen.

- Ich bitte um Mitteilung von Zufallsbefunden, aus denen sich praktische Konsequenzen ableiten lassen. ☐ Ja ☐ Nein

Laut Gendiagnostikgesetz dürfen genetische Untersuchungsergebnisse vom beauftragten Labor nur an die veranlassende ärztliche Person mitgeteilt und von dieser nur mit Ihrer Zustimmung an andere Personen weitergegeben werden. Bitte legen Sie fest, wenn weitere Ärzte die Untersuchungsergebnisse erhalten sollen.

- Ich bitte um Mitteilung der Ergebnisse an Frau/Herrn Dr.
- Ich stimme zu, dass klinische Befunde und genetische Untersuchungsergebnisse im Rahmen spezialisierter Fallkonferenzen / Boards mit weiteren (internen und ggf. auch externen) ärztlichen Fachleuten diskutiert werden, soweit das für Diagnosestellung, Therapie- oder Vorsorgeempfehlungen von Bedeutung ist. ☐ Ja ☐ Nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschl. aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient(in)/gesetzlicher Vertreter

.....
Aufklärende(r) Ärztin/Arzt