



Einwilligung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir selbst meinem Kind der von mir betreuten Person

Name: _____, Vorname: _____, geb. _____

Straße: _____, PLZ, Ort: _____

eine genetische Untersuchung an einer Blut- bzw. Gewebeprobe zur Klärung der folgenden Fragestellung / klinischen Diagnose:
_____ durchgeführt wird.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich von meinem behandelnden Arzt (verantwortliche ärztliche Person) über **Wesen, Bedeutung und Tragweite der geplanten genetischen Untersuchung** und einer eventuellen Probenentnahme aufgeklärt wurde. Mir ist somit die Notwendigkeit bzw. der mögliche Nutzen der genetischen Untersuchung verständlich geworden. Außerdem wurden mögliche **gesundheitliche oder sonstige Risiken**, die sich aus der Gewinnung des Probenmaterials, aber auch aus dem Untersuchungsergebnis selbst ergeben könnten (z.B. psychische Belastungen), ausführlich besprochen. Ich hatte ausreichend Gelegenheit meine Einwilligung gründlich zu überlegen.

Mir ist bekannt, dass nach GenDG das Untersuchungsmaterial zu vernichten ist, sobald es für den Untersuchungszweck nicht mehr benötigt wird. Abweichend hiervon darf allerdings das **verbleibende Untersuchungsmaterial** auch weiteren Verwendungszwecken zugeführt werden, soweit ich hierzu ausdrücklich einwillige. Hiermit bestimme ich, dass das verbleibende Untersuchungsmaterial zur Qualitätssicherung, zum Zwecke der Lehre oder für wissenschaftliche Forschung zur weiteren Aufklärung meiner genetischen Erkrankung weiterhin genutzt werden darf: ja nein

Das GenDG sieht weiter vor, dass die **Ergebnisse der genetischen Untersuchung** nach 10 Jahren zu vernichten sind. Dies hat zur Folge, dass wichtige Informationen über diesen Zeitraum hinaus für mich und meine (zukünftigen) Familienangehörigen nicht mehr verfügbar sind. Hiermit bestimme ich, dass die Untersuchungsergebnisse über den 10-Jahres-Zeitraum gespeichert werden: ja nein

Die **Ergebnisse der genetischen Untersuchung** können in verschlüsselter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden: ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass **zufällig erhobene Befunde**, die mit der direkten Fragestellung / klinischen Diagnose (s.o.) nicht in Verbindung stehen, nur dann mitgeteilt werden, wenn sich hieraus unmittelbare Konsequenzen für die medizinische Behandlung bzw. erhebliche genetische Risiken für mich oder meine Angehörigen ergeben könnten: ja nein

Falls erforderlich, bin ich mit der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrags** an ein spezielles Kooperationslabor einverstanden: ja nein

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung gegenüber der verantwortlichen ärztlichen Person jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen kann (**Widerrufsrecht**). Mir ist auch bekannt, dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (**Recht auf Nichtwissen**). Ich kann daher eine eingeleitete Untersuchung jederzeit abbrechen lassen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich der bis dahin gewonnenen Ergebnisse gegenüber der verantwortlichen ärztlichen Person verlangen.

Mir ist ebenfalls bekannt, dass nach GenDG das Diagnostiklabor die Ergebnisse der genetischen Untersuchung nur der verantwortlichen ärztlichen Person mitteilen darf.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Eine Aufklärung wurde gemäß
GenDG durchgeführt:

Name verantwortliche ärztliche Person (Blockschrift)

Unterschrift verantwortliche ärztliche Person