

BITTE DEM UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG BEILEGEN

Einverständniserklärung
zur humangenetischen Diagnostik
(nicht erforderlich für tumorgenetische Analysen!)

Name, Vorname des Patienten _____

Geburtsdatum: _____

Indikation / Fragestellung: _____

gewünschte Untersuchung _____

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Probenentnahme bei mir bzw. der von mir betreuten o.g. Person zur Durchführung humangenetischer Untersuchungen. Die Untersuchung dient ausschließlich zur Abklärung der oben genannten Fragestellung. Mein behandelnder Arzt/Ärztin hat mich hinreichend aufgeklärt und mir eine ausreichende Bedenkzeit gegeben. Ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass restliches Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung unverzüglich vernichtet wird. Nur mit meiner Einwilligung darf es zur weiteren Verwendung aufbewahrt werden.

Ich erkläre hiermit, dass mein Untersuchungsmaterial

- zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse oder für Nachforderungen durch meinen behandelnden Arzt/Ärztin für ca. 2 Wochen vom Labor aufbewahrt werden darf.
- in verschlüsselter Form, ohne Rückschlüsse auf meine Identität zu ermöglichen, für wissenschaftliche Zwecke und zur Qualitätssicherung verwendet werden darf.

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass die Ergebnisse dieser Untersuchungen nach 10 Jahren vernichtet werden müssen. Diese Informationen können jedoch auch danach noch für mich und meine Verwandten von großer Bedeutung sein. Ich verfüge daher hiermit, dass die erhobenen Daten

- nicht nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist vernichtet werden.
- in verschlüsselter Form, ohne Rückschlüsse auf meine Identität zu ermöglichen, für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden dürfen.

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).

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Unterschrift / Stempel Arzt/Ärztin

Bitte streichen Sie die Aussagen durch, mit denen Sie nicht einverstanden sind.