

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

BITTE HIER DEN
 BARCODE
 EINKLEBEN!

Einwilligungserklärung

für die Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aufgrund der bei Ihnen und/oder Ihren Angehörigen und/oder Kind erhobenen Befunde ist es nach Einschätzung Ihrer behandelnden Ärzte möglich, dass bei Ihnen oder Ihrem Kind eine Veränderung (Mutation oder Variante) des Erbgutes besteht, die entweder bereits zu Krankheitszeichen geführt hat oder möglicherweise in Zukunft zu einer Erkrankung führen kann. Viele Veränderungen des Erbgutes lassen sich durch die Untersuchung einer Blutprobe nachweisen. Für alle genetischen Untersuchungen gilt, dass Sie vorher von Ihrem Arzt über Wesen, Bedeutung und Tragweite der jeweiligen Untersuchung informiert werden müssen.

Mit Ihrer nachstehenden Unterschrift bestätigen Sie, dass

- Sie von Ihren behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der unter genannten Untersuchung aufgeklärt wurden
- Ihnen ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die unten genannte Untersuchung eingeräumt wurde,
- Sie die Einwilligung jederzeit widerrufen können, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird,
- Sie mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden sind.

Untersuchung bitte einfügen

Das GenDG schreibt eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vor. Für eine längere Probenaufbewahrung (z. B. bei Stufendiagnostik, schwierige Blutentnahme bei Kindern etc.) muss Ihr ausdrückliches Einverständnis vorliegen. Gleiches gilt, wenn die Untersuchungsergebnisse länger als die gesetzlich vorgeschriebenen 10 Jahre aufbewahrt werden sollen. Die Weiterleitung des Untersuchungsauftrags ist ebenfalls zustimmungspflichtig. Auch eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an Dritte erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben und die Untersuchungsergebnisse der Ärztlichen Schweigepflicht, von der nur Sie uns schriftlich entbinden können.

Aufbewahrung des Probenmaterials zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführender genetischer Untersuchungen zur Diagnosefindung

einverstanden
 nicht einverstanden

Aufbewahrung des Probenmaterials für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke (nicht Zutreffendes bitte streichen)

einverstanden
 nicht einverstanden

Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus

einverstanden
 nicht einverstanden

Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor

einverstanden
 nicht einverstanden

Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an Ihre mitbehandelnden Ärzte

einverstanden
 nicht einverstanden

 Ort, Datum

 Unterschrift Patientin/Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)

 Unterschrift/ Stempel behandelnde(r) verantwortliche(r)
 Ärztin/Arzt