

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

Biologisches Geschlecht:

☐ männlich ☐ weiblich ☐ unbestimmt

Ethnische Herkunft: _____

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Einsender/Adresse/Stempel

! Bitte das Formular vollständig ausfüllen!

Indikation / Angeforderte Analysen

- ☐ diagnostisch
☐ prädiktiv / keine Symptome
☐ pränatal

Ich wurde über Zweck, Umfang und Tragweite der genetischen Untersuchung aufgeklärt. Ich wurde darüber informiert, dass sich die Auswertung und Befundung auf genetische Veränderungen konzentriert, die in einem direkten Zusammenhang mit der klinischen Symptomatik stehen.

Ich hatte genügend Bedenkzeit und erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis zur Blut-/Gewebeentnahme und für die Durchführung der genetischen Untersuchungen zur Klärung der o.g. klinischen Fragestellung bzw. entsprechend der o.g. Anforderung. Der Untersuchungsauftrag darf bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden. Über mein Recht auf Nichtwissen und die Möglichkeit, meine Einwilligung vollständig oder in Teilen zu widerrufen, wurde ich informiert.

Ich bin zudem einverstanden mit:

der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse der genetischen Analysen.	☐ Ja ☐ Nein
der Aufbewahrung von Probenmaterial z. B. für ergänzende Untersuchungen.	☐ Ja ☐ Nein
der Verwendung meiner Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienangehörigen auf deren Wunsch, auch über meinen Tod hinaus.	☐ Ja ☐ Nein
der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist von zehn Jahren hinaus.	☐ Ja ☐ Nein
der Aufbewahrung und vollständigen Verwendung von pseudonymisiertem Untersuchungsmaterial und/oder Befunden für wissenschaftliche Zwecke sowie zur Qualitätssicherung.	☐ Ja ☐ Nein
der Mitteilung sogenannter Zusatzbefunde, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, wenn sie hinsichtlich meiner persönlichen Gesundheit bzw. für Familienmitglieder oder Nachkommen relevant sind. Ggf. können auch Informationen über Verwandtschaftsverhältnisse erkennbar werden, die nicht routinemäßig mitgeteilt werden.	☐ Ja ☐ Nein

Im Falle prädiktiver genetischer Diagnostik bestätige ich als der/die behandelnde Arzt/Ärztin, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.

Bei weiterführenden Fragen wenden Sie sich bitte an:
MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen
 Humangenetische Praxis, Tel. +49 341 99398491
 Zytogenetisches Labor, Tel. +49 375 281126
 Molekulargenetisches Labor, Tel. +49 341 6565795

Unterschrift des/der gemäß GenDG
verantwortlichen Arztes/Ärztin

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in
bzw. aller gesetzlicher Vertreter

Name des/der Arztes/Ärztin in
Druckbuchstaben