

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)



MVZ Labor Münster
Dr. Löer, Prof. Cullen und Kollegen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Geburtsdatum der versicherten Person		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Praxisstempel

Geschlecht der versicherten Person:

männlich
 weiblich
 unbestimmt

Ethnische Herkunft.....

Das Formular bitte vollständig ausfüllen!

Angeforderte genetische Untersuchung (ggf. Gene/Indikation)

..... diagnostisch

..... prädiktiv/keine Symptome

..... vorgeburtlich¹

¹Auf die Risiken besonders bei vorgeburtlichen invasiven Untersuchungen wird in Zuge der Aufklärung zum Eingriff hingewiesen.

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann; dieser wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich dokumentieren. Er wird dem genannten Labor unverzüglich eine Nachricht des Widerrufs übermitteln.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden können.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analyse informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich möchte über ggf. erhobene Neben- und Zufallsbefunde informiert werden, wenn sie hinsichtlich meiner persönlichen Gesundheit und der meiner Blutsverwandten von Relevanz sind.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden ohne Anspruch darauf zu erheben.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung dokumentiert werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DANN) nicht nach gesetzlicher Vorgabe unverzüglich vernichtet, sondern für spätere genetische Untersuchungen archiviert wird. Sind die Untersuchungen vollständig abgeschlossen, übereigne ich das verbleibende genetische Material in anonymisierter Form dem untersuchenden Labor zur Qualitätssicherung sowie zu Forschungszwecken.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/Patientin
bzw. aller gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des/der GenDG
verantwortlichen Arztes/Ärztin

Name des Arztes/der Ärztin in Druckbuchstaben