Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem nderungsdienst

Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG);
Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz - GenDG)

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters ist unbedingte Voraussetzung für die Durchführung der molekular genetischen Untersuchung.

Untersuchungsindikation:

……....

Bitte Patientenetikett aufkleben oder in Blockschrift ausfüllen:

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

	ja	nein	Zutreffendes bitte ankreuzen
Ich erkläre mich einverstanden, dass aus dem mir/meinem Kind entnommenen Probenmaterial das Erbmaterial DNA isoliert und auf genetische Veränderungen (Mutationen) untersucht werden kann.	☐	☐	
Ich bin einverstanden, dass Probenmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, für spätere Untersuchungen in meiner Familie oder in Hinblick auf neue Diagnosemöglichkeiten aufbewahrt wird.	☐	☐	
Ich bin einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung über die gesetzliche Frist (10 Jahre) hinaus aufbewahrt werden (z.B. für Kinder und Enkel).	☐	☐	
Ich bin einverstanden, dass überschüssiges Probenmaterial nicht namentlich gekennzeichnet zur Qualitätssicherung oder zur Erforschung der Ursachen genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird, und dass ggf. erhobene Daten/Ergebnisse in anonymisierter Form für Zwecke der Lehre und Ausbildung sowie für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden.	☐	☐	

Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Das Ergebnis der Untersuchung wird nur de(r)m überweisenden Ärztin/Arzt in schriftlicher Form mitgeteilt. Um Befunde für spätere Rückfragen verfügbar zu machen, müssen diese elektronisch verarbeitet und gespeichert werden. Zugriff auf diese Daten haben nur berechtigte Mitarbeiter des Klinikums im Rahmen ihrer Dienstaufgaben.

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). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschl. aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann

Ich erkläre hiermit, dass ich über die Aussagekraft und möglichen Konsequenzen der angeforderten Untersuchung von meinem Arzt aufgeklärt worden bin.

……..	…….	…….
Ort/Datum	Unterschrift Patient*in/gesetzlicher Vertreter	Aufklärende(r) Ärztin/Arzt

Bitte an: IKCP - **Zentrallabor, Haus 39, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg**