

Patientendaten (ggf. Aufkleber)	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Tel.:
Straße	
PLZ	Wohnort

Untersuchungsmaterial:
Indikation:
Geplante Untersuchung:
<input type="checkbox"/> pränatal <input type="checkbox"/> postnatal
<input type="checkbox"/> Zytogenetik / Molekularzytogenetik (FISH)
<input type="checkbox"/> Molekulargenetik

Einwilligungserklärung für die Durchführung einer humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Das GenDG fordert für alle genetischen Untersuchungen eine ausführliche Aufklärung, eine schriftliche Einwilligung der (des) Ratsuchenden / Patienten / Erziehungsberechtigten, sowie eine genetische Beratung vor und nach prädiktiven Analysen.

- Ich bin einverstanden, dass das entnommene Untersuchungsmaterial für genetische Untersuchungen bei der oben angegebenen Indikationsstellung untersucht werden darf.
- Ich erkläre, dass ich über die Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten Untersuchungen aufgeklärt wurde. Die möglichen Ergebnisse dieser Untersuchungen und deren Konsequenzen wurden erörtert.
- Die ärztliche Auswertung von Untersuchungsergebnissen erfolgt im Hinblick auf die im Rahmen des Diagnostikauftrages erhobenen Daten.
- Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß Datenschutzrichtlinien.
- Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Bitte entscheiden Sie, wie mit Ihrem Untersuchungsmaterial und den daraus resultierenden Ergebnissen verfahren werden darf:	ja	nein
Ich bin einverstanden, dass der diagnostische Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird, wenn die Untersuchung in oben genannter Einrichtung nicht durchgeführt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin einverstanden, dass Untersuchungsmaterial für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für weiterführende diagnostische Untersuchungen aufbewahrt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin einverstanden, dass diagnostische Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden (z.B. für Kinder und Enkel).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin einverstanden, dass im Rahmen diagnostischer Untersuchungen neue Methoden wie z. B. die genomweite Sequenzierung durchgeführt werden. Befunde, die nicht in direktem Zusammenhang mit der o. g. Fragestellung stehen, werden nicht mitgeteilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin einverstanden, dass Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Untersuchungen über die Indikationsstellung hinaus sowie für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen pseudonymisiert aufbewahrt und ggf. im Rahmen internationaler Studien analysiert und publiziert werden darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass der Befundbericht an folgende Ärzte geschickt wird (bitte Adresse angeben):		
<input type="checkbox"/> verantwortliche(r) Ärztin/Arzt:		
<input type="checkbox"/> weitere Ärztinnen/Ärzte:		

Ort, Datum	Unterschrift Ratsuchende(r)/Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r)	Unterschrift, Stempel verantwortliche(r) Ärztin/Arzt
------------	---	--