

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung (DNA-Diagnostik, Gendiagnostik) gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir selbst meinem Kind der von mir betreuten Person

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

eine genetische Analyse an einer Blut- /bzw. Gewebeprobe durchgeführt wird.

Abzuklärende Fragestellung/genetische Analyse: (bitte markieren und vervollständigen!)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Faktor V-Leiden Mutation | <input type="checkbox"/> Faktor II (Prothrombin) Mutation |
| <input type="checkbox"/> Hämochromatose (Hfe-Gen) | <input type="checkbox"/> Laktose Intoleranz |
| <input type="checkbox"/> Methyl-Tetrahydrofolat-Reduktase (MTHFR) | <input type="checkbox"/> HLA-B27 |
| | <input type="checkbox"/> HLA-Gendiagnostik _____ |

Ggf. weitere gewünschte Analyse/n bitte nachfolgend eintragen!

Ich wurde gemäß § 9 Absatz 1-6 des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Analyse aufgeklärt. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probenahme und zur Durchführung einer humangenetischen Untersuchung zur Abklärung der oben bezeichneten Fragestellung bzw. Genanalyse. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt und ausschließlich auf diese Fragestellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu eventuellen anderen Krankheiten oder Erbanlagen.

Mit einer Befundübermittlung an die beauftragten Ärzte auf dem üblichen Weg erkläre ich mich einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Untersuchungsmaterial in anonymisierter Form für technische Validierungen, z. B. spätere Nachprüfbarkeit von Ergebnissen oder Nachforderungen durch meine Ärztin/meinen Arzt und für wissenschaftliche Zwecke aufbewahrt wird.

Das GenDG sieht vor, dass die Ergebnisse der Untersuchungen nach 10 Jahren vernichtet werden sollen. Das hat zur Folge, dass wichtige Informationen über den 10-Jahres-Zeitraum hinaus nicht mehr zur Verfügung stehen. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form über diesen Zeitraum hinaus gespeichert werden.

(Nichtzutreffendes bitte streichen!)

Ich bin damit einverstanden, dass das Untersuchungsergebnis auch weiteren Personen (z. B. Hausarzt) mitgeteilt wird:

Name, Anschrift: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann und von einer Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung oder Teilen davon Abstand nehmen kann.

Ort, Datum: _____

einverstanden

nicht einverstanden

Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin

Unterschrift des/der Patient/-in
Ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertreter/-in

Informationen zum Gendiagnostikgesetz finden Sie hier: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gendg/gesamt.pdf>

Kennung: BS-167 Einwilligungserklärung Genetik.docx	Freigabe/Unterschrift: Fr. Dr. Nußbaum-Packeisen	Revision 06	gültig ab: 22.06.2021	Seite 1 von 1
--	--	----------------	--------------------------	---------------