

Einwilligungserklärung zur molekulargenetischen Diagnostik

Patient*in

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ | _____ | _____

Abzuklärende Fragestellung bzw. Genanalyse:

Über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Wesen bzw. Bedeutung und Tragweite der oben genannten Genanalyse wurde ich gemäß § 9 Gendiagnostikgesetz ausreichend informiert.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich die Genanalyse auf die oben angegebene Fragestellung beschränkt und sich keine Aussagen zu anderen genetisch bedingten Erkrankungen ergeben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen und die Vernichtung der Proben verlangen kann.

Ich wurde über mein Recht auf Nichtwissen und Widerruf der Einwilligung aufgeklärt, d. h., ich kann die Genanalyse jederzeit stoppen bzw. von einer Mitteilung der Untersuchungsergebnisse Abstand nehmen und verlangen, dass diese vernichtet werden.

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 10 Gendiagnostikgesetz nach Vorliegen der Untersuchungsergebnisse eine genetische Beratung in Anspruch nehmen darf.

Die Ergebnisse der Genanalyse müssen gemäß § 12 Gendiagnostikgesetz zehn Jahre in den Untersuchungsunterlagen aufbewahrt werden bzw. nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist oder wenn ich es verlange, vor dieser Frist vernichtet werden. Ich kann die Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über diese gesetzliche Frist hinaus schriftlich verlangen.

Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen.

Einwilligungserklärung

- Ich bin mit der Durchführung der Genanalyse einverstanden.
- Ich bin mit der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials für ca. 4 Wochen (Überprüfung der Ergebnisse oder medizinisch begründete Zusatzuntersuchungen) einverstanden.
- Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse folgender(m) weiterbehandelnden Ärztin/Arzt mitgeteilt werden:

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Unterschrift verantwortliche ärztliche Person