

Patient Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr



genetikum®

GENETISCHE BERATUNG & DIAGNOSTIK
Dr. med. Karl Mehnert und Kollegen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen und / oder Ihrem Kind ist eine genetische Untersuchung geplant. Sie wurden über das Wesen, die Bedeutung und Tragweite der Untersuchung von Ihrem behandelnden Arzt bereits aufgeklärt.

Nach Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes darf die Untersuchung nur durchgeführt werden, wenn Ihre Einwilligungserklärung unterschrieben vorliegt.

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich einverstanden, dass von mir entnommenes Blut und / oder Gewebe auf folgende bzw. die im Begleitformular angegebenen genetischen Veränderungen (Mutationen) untersucht wird:

Untersuchung / Diagnose / Erkrankung

Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt. Ebenso wurden die möglichen Konsequenzen, die sich aus den Ergebnissen der genetischen Untersuchung für mich ergeben könnten, ausführlich besprochen.

Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben. Bei Untersuchungen von Paaren erfolgt eine gemeinsame Befundmitteilung. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ebenfalls kann ich jederzeit entscheiden, ob mir die Untersuchungsergebnisse mitgeteilt werden, bzw. vernichtet werden sollen (Recht auf Nichtwissen).

Ich bin einverstanden mit der:

Befundmitteilung an die angegebenen Ärzte (Begleitformular / Ü-Schein) ja nein

Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist (10 Jahre) hinaus ja nein

Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für ergänzende Untersuchungen zur Diagnosefindung (möglicherweise auch wichtig als Vergleichsmaterial für spätere genetische Untersuchungen in der Familie) ja nein

Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial für laboranalytische Qualitätsmaßnahmen (in anonymisierter Form) ja nein

Ort / Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Ort / Datum

Unterschrift Arzt / Ärztin