

Patient Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

 Dr. med. Mehnert & Partner  
 Ärzte und Humanbiologen

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine genetische Untersuchung geplant. Nach Vorgabe des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) darf die Untersuchung nur durchgeführt werden, wenn nachfolgende Einwilligungserklärung von Ihnen unterschrieben vorliegt. Außerdem sind wir nach der Datenschutzgrundverordnung verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Eine Information dazu können Sie auf unserer Homepage einsehen.

### Einwilligungserklärung nach GenDG und DSGVO

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchungen (siehe Vorderseite bzw. Liste) sowie über die Konsequenzen, die sich daraus für mich ergeben können, aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen. Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) und werden ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben. Ich kann diese Einwilligungserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ebenfalls kann ich jederzeit entscheiden, ob mir die Untersuchungsergebnisse mitgeteilt bzw. sie vernichtet werden sollen (Recht auf Nichtwissen). Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich zudem mit den Datenschutzbedingungen einverstanden.

#### Ich erkläre mich einverstanden mit:

- der **genetischen Untersuchung** des von mir entnommenen Probenmaterials  ja  nein
- der **Befundmitteilung** an meinen behandelnden Arzt bzw. weitere Ärzte (siehe Vorderseite)  ja  nein
- der **Aufbewahrung der Ergebnisse** über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus  ja  nein
- der **Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial** für weiterführende bzw. neue zweckgebundene Untersuchungen  ja  nein
- der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages** bzw. Teilen davon an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor  ja  nein
- der **Eintragung der Untersuchungsergebnisse** in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken  ja  nein
- der **Verwendung** asservierter DNA von mir/meinem Kind pseudonymisiert im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsprojekte  ja  nein

In seltenen Fällen können Veränderungen festgestellt werden, die nicht im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Untersuchungsauftrag stehen, jedoch eine klinische (Behandlungs-)Konsequenz für Sie selbst, für Ihre Nachkommen bzw. weitere Familienmitglieder haben können (sog. Zusatzbefunde).

Über klinisch relevante **Zusatzbefunde** möchte ich informiert werden:  ja  nein

X

✓

Ort / Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

### Erweiterte Diagnostik nach GOP 11514 oder 11449

Sollte im Rahmen der Einzelgen- bzw. Multigendiagnostik keine krankheitsverursachende Mutation gefunden werden, ist eine erweiterte Diagnostik möglich, die jedoch durch Ihre Krankenkasse genehmigt werden muss. Zunächst muss ein Antrag bei Ihrer Krankenkasse gestellt werden und die medizinische Notwendigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) bestätigt werden. Hierzu ist die Übermittlung Ihrer Krankenunterlagen an den MDK erforderlich. Die Krankenkassen erhalten diese Unterlagen bzw. Daten nicht (Datenschutz). Gerne übernehmen wir die Antragsstellung an Ihre Krankenkasse und die Begründung der medizinischen Notwendigkeit an den MDK. Für die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem MDK und die Antragstellung bei Ihrer Krankenkasse benötigen wir Ihre Unterschrift.

X

Ort / Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

### Kostenübernahmeerklärung / Behandlungsvertrag (Privatversicherte):

Ich wünsche eine privatärztliche Behandlung durch das genetikum<sup>®</sup>, welche nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter Beachtung der geltenden Höchstsätze in Rechnung gestellt wird. Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Die behandelnden Ärzte können keine Gewähr bzgl. der Erstattung durch eine bestehende Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernehmen. Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, dass ich die Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage.

X

Ort / Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

### Auftragshinweise Molekulargenetik

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik der KBV regelt die Anforderungen an die Indikationsstellung für einzelne indikationsbezogene molekulargenetische Untersuchungen, die im Kapitel 11.4.2 des EBM aufgeführt sind. Diese Untersuchungen dürfen erst durchgeführt werden, wenn die erforderlichen Kriterien an die Indikationsstellung erfüllt sind. **Ausführliche Informationen finden Sie auf unserer homepage [www.genetikum.de](http://www.genetikum.de) im Leistungsverzeichnis unter der entsprechenden Erkrankung.**