

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

EINWILLIGUNG ÜBER GENETISCHE UNTERSUCHUNGEN GEMÄSS GenDG

Ich bin damit einverstanden, dass die aus den von mir entnommenen Eizellen präparierten Polkörper für folgende diagnostisch erforderliche, genetische Untersuchungen verwendet werden. Außerdem bestätige ich hiermit, dass ich über Art und Umfang, Aussagekraft und Bedeutung sowie über mögliche Konsequenzen der oben genannten genetischen Untersuchung aufgeklärt wurde und dass ich nach ausreichender Bedenkzeit mit der Durchführung der Analyse einverstanden bin. Ich bin damit einverstanden. Mir ist bekannt, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgabe gespeichert werden. Über die Möglichkeit einer ausführlichen humangenetischen Beratung durch einen Facharzt und/oder einer psychosozialen Beratung wurde ich ebenfalls informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass nach Abschluss der Untersuchung		
- die/der mit der Untersuchung beauftragte Ärztin/Arzt Kontakt mit mir aufnimmt	ja	nein
- die Untersuchungsergebnisse für später von mir gewünschte Beratungen und/oder ggfs. weitere Untersuchungen genutzt und nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgabe nach 10 Jahren vernichtet werden	ja	nein
- das Probenmaterial nach der Untersuchung aufbewahrt wird und bei neuen diagnostischen Möglichkeiten weiterhin zur Verfügung steht	ja	nein
- die Probe anonym für Forschungszwecke bzgl. der genannten Fragestellung oder für andere genetische Forschung genutzt wird	ja	nein
	zutreffendes bitte ankreuzen!	

Mir ist bekannt, dass Polaris die Ergebnisse der genetischen Untersuchung ausschließlich der beratenden, verantwortlichen ärztlichen Person und nicht direkt mir (als Patientin) oder anderen Vertragspartnern oder ärztlichen Personen zur Verfügung stellen darf (§11 Abs. 1 GenDG).

Weiterhin ist mir bekannt, dass ich meine Einwilligung bzw. einzelne Punkte der Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich oder mündlich gegenüber der verantwortlichen ärztlichen Person mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (§8 Abs. 2 GenDG).

Bei Bedarf stellen wir Ihnen gerne entsprechende Auszüge aus dem GenDG zur Verfügung.

Ort	Datum	Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter	Unterschrift Aufklärender Arzt
-----	-------	---	-----------------------------------