



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

EINWILLIGUNG ÜBER GENETISCHE UNTERSUCHUNGEN GEMÄSS GENDG

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

Ich bin damit einverstanden, dass die aus den von mir entnommenen Eizellen präparierten Polkörper für folgende genetische Untersuchung verwendet werden:

Polkörper-Analytik

Hiermit bestätige ich, dass ich über Art und Umfang, Aussagekraft und Bedeutung sowie 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, 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 informiert.

Nach Abschluss der Untersuchung bin ich damit einverstanden, dass

- die/der mit der Untersuchung beauftragte Ärztin/Arzt Kontakt mit mir aufnimmt.

ja nein

- die Untersuchungsergebnisse für 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

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).

Vorname: _____

Name: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Einsender/Beratender Arzt: _____

Stempel der Arztpraxis / Beratender Arzt