



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



Immermannstr. 65 A  
40210 Düsseldorf

genetik@zotzklimas.de  
www.zotzklimas.de

Tel.: 0211 27 101 0



## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR GENETISCHEN UNTERSUCHUNG (§8 GENDIAGNOSTIKGESETZ)

### Indikation/ angeforderte genetische Untersuchung:

Ich wurde vor der Probenentnahme über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und gesundheitliche Risiken der Diagnostik nach §8 Abs. 2 Gendiagnostikgesetz aufgeklärt. Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag und meine personenbezogenen Daten an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden können. Ich bin damit einverstanden, dass alle erhobenen Daten von MVZ Düsseldorf-Centrum GbR unter Wahrung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial und der Durchführung der o.g. Untersuchung(en) zu. Auf Wunsch habe ich eine Abschrift der Einwilligungserklärung erhalten.

<p>Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung von Probenmaterial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für ergänzende Untersuchungen oder zur späteren Nachprüfbarkeit.</li> <li>In pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklung, Fallpublikationen) und zur Qualitätssicherung innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus.</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>Ich bin einverstanden mit der Verwendung meiner Ergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienangehörigen* auf deren Wunsch, auch über meinen Tod hinaus. * falls dies nur für einzelne Angehörige gilt, bitte hier namentlich auflisten:</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>In seltenen Fällen können mit den hier eingesetzten Testverfahren genetische Informationen erhalten werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (Zusatzbefunde). Das Berichten solcher Zusatzbefunde beschränkt sich auf pathogene (krankheitsverursachende) Veränderungen in ausgewählten Genen mit medizinischer Relevanz für Sie und/oder Ihre Angehörigen (orientierend an den Richtlinien des American College of Medical Genetics and Genomics; ACMG SF v3.0; Miller et al., 2021, PMID: 34012068). Es besteht kein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Gene oder eine zukünftige Aktualisierung. Der fehlende Nachweis von Zusatzbefund-en bedeutet keinen sicheren Ausschluss entsprechender Risiken. Ich möchte über derartige Zusatzbefunde informiert werden.</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>Ich bin mit der Übermittlung personenbezogener Daten (z.B. Gesundheitsdaten, genetische Testergebnisse) an mitbehandelnde Ärzte*, Kliniken u.a. einverstanden. *ausschließlich an folgende Ärzte (Name und Adresse):</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen und die Übermittlung der Untersuchungsergebnisse ablehnen kann.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift  
(Patient/ Sorgeberechtigter)

Unterschrift  
(Aufklärender Arzt)

