



## Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

 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 der 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 kann eine Kopie der Einwilligungserklärung ausgehändigt werden.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung von Probenmaterial - für ergänzende Untersuchungen oder zur späteren Nachprüfbarkeit.  - in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklung, Fallpublikationen) und zur Qualitätssicherung innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
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:  .....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
In seltenen Fällen können mit den hier eingesetzten Testverfahren genetische Informationen erhalten werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (Zufallsbefunde). Das Berichten solcher Zufallsbefunde 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 Zufallsbefunden bedeutet keinen sicheren Ausschluss entsprechender Risiken. Ich möchte über derartige Zufallsbefunde informiert werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
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):  .....	<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
-----	-------	---	-----------------------------------

