



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

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 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. ja nein
- in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklung, Fallpublikationen) und zur Qualitätssicherung innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen. ja nein

Mir ist bewusst, dass ich keinen Anspruch auf die Aufbewahrung von Probenmaterial habe.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus. ja nein

Mir ist bewusst, dass ich keinen Anspruch auf die Aufbewahrung meiner Ergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus habe.

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: ja 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 (orientierend an den Richtlinien des American College of Medical Genetics and Genomics; ACMG SF in aktueller Version; 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. ja nein

Ich möchte über derartige Zufallsbefunde informiert werden.

Anmerkung: Nicht beantwortete Fragen werden im Sinne des Gendiagnostikgesetzes mit als Antwort 'nein' gewertet.

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/ in bzw. Sorgeberechtigte/ r	Unterschrift Aufklärende(r) Arzt/Ärztin
-----	-------	--	--

