



## Einwilligungserklärung für eine genetische Untersuchung

Name Patient/in: .....

Bei prädiktiver/pränataler Diagnostik: Genetische Beratung am ..... von Dr.....

Die allgemeine Information zu genetischen Untersuchungen habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Über die in Frage stehende Erkrankung:

.....

deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung und Behandlung sowie über Zweck, Art, Umfang, Aussagemöglichkeiten und -grenzen der geplanten genetischen Untersuchung:

.....

einschließlich der mit der Blutentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden.

Mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und ggf. weiterführender genetischer Untersuchungen bin ich einverstanden.  ja  nein

Mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung im Labor bin ich einverstanden (persönliche Daten werden dabei unkenntlich gemacht).  ja  nein

Mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus bin ich einverstanden.  ja  nein

Mit der Nutzung der Ergebnisse meiner Untersuchung für die Beratung bzw. Untersuchung meiner Angehörigen bin ich einverstanden.  ja  nein

Falls erforderlich bin ich mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Labor einverstanden.  ja  nein

Die Befunde sollen auch an die folgenden Ärzte geschickt werden:

Frau/ Herrn Dr.: .....

Den vorausgehenden Text habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben, meine Fragen zu besprechen. Weiterhin wurde mir eine angemessene Bedenkzeit vor der Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen, und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren.

Mir ist bekannt, dass ich die eingeleitete Untersuchung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Untersuchungsproben sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

.....  
Unterschrift Arzt/Ärztin