



Immundiagnostisches Labor

PD.Dr.med.Dr.sci.nat.F.Hauck, Dr.rer.nat.T. Magg
Universitätskinderklinik
Lindwurmstr.4
80337 München
Tel. 089-4400-52831 / FAX: 089-4400-57759

Angaben zum Patienten oder Adressette

Name: Vorname:
geb.: Tel.:
Straße
PLZ Ort

Einverständniserklärung zur molekulargenetischen Analyse

und Untersuchungsmaterialaufbewahrung gemäß Gendiagnostikgesetz vom 01.02.2010

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patienten sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen eine zusätzliche genetische Beratung. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung und Verdachtsdiagnose:

.....
notwendig sind, sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahmen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass sich mit den gegenwärtigen Methoden nicht alle genetischen Veränderungen (Mutationen) und Varianten nachweisen lassen. Zusätzlich sind für eine Reihe von Erkrankungen noch nicht alle genetischen Ursachen bekannt. Dementsprechend lassen sich aus den Ergebnissen dieser Untersuchung(en) nicht in jedem Fall therapeutische Konsequenzen ziehen und/oder prognostische Aussagen über den Krankheitsverlauf treffen.

Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung(en) unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Einwilligungserklärung kann ich jederzeit mündlich oder schriftlich und ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Bitte lesen Sie hierzu folgende Punkte sorgfältig durch und kreuzen Sie für Sie zutreffende Antworten an:

Ich bin damit einverstanden, dass Daten und Untersuchungsmaterial auch über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. Dies geschieht zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der erhobenen Ergebnisse, oder um zu einem späteren Zeitpunkt weitere Untersuchungen zur Diagnosefindung durchführen zu können.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich stimme zu, dass Untersuchungsmaterial in verschlüsselter, anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen der medizinischen Forschung verwendet werden kann, und dass die Ergebnisse dieser Studien in anonymisierter Form publiziert werden können.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse nicht nur dem/der Arzt/Ärztin in schriftlicher Form mitgeteilt werden, der/die die genetische Analyse veranlasst hat, sondern auch mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte über das Ergebnis informiert werden dürfen. Auskünfte an andere Stellen wie z.B. Versicherungen, Krankenkassen, Arbeitgeber, Ämter sind nicht ohne Rücksprache zulässig und bedürfen ggf. meiner gesonderten Zustimmung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Meine Untersuchungsergebnisse dürfen für die genetische Beratung und Untersuchung von Familienangehörigen genutzt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag gegebenenfalls an ein anderes Labor weitergeleitet wird, falls die Untersuchung in diesem Labor nicht vollständig möglich ist.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin mit der Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung, der studentischen Lehre, der Erforschung der o.g. Erkrankung und der Verbesserung der Diagnostik und Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen im persönlichen Gespräch mit dem/der aufklärenden Arzt/Ärztin zu besprechen.

Ort, Datum Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r)/gesetzliche(r) Aufklärende(r) Arzt/Ärztin
Vertreter(in)
Bei Vertreter: Name, Anschrift:



25000001 Aufklärung, Einverständnis