

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (gemäß Gendiagnostikgesetz)

Name, Vorname: (Zu untersuchende Person)	Geb.-Datum:
--	--------------------

Ich bestätige meine Einwilligung zur Durchführung der angeforderten genetischen Untersuchung(en) und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme über die in Frage stehende Erkrankung

(Verdachts-)Diagnose **unbedingt angeben:**

bei mir
 bei meinem Kind
 bei der von mir betreuten Person

Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf die abzuklärende(n) Erkrankung(en).

Ich bin über die genetischen Grundlagen bezogen auf die in Frage stehende Erkrankung, die Möglichkeiten und Grenzen der molekulargenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz und die Bedeutung und Tragweite des Ergebnisses umfassend aufgeklärt worden. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und die Möglichkeit, zusätzliche Fragen zu stellen.

Die von mir gemachten Angaben und alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mein Probenmaterial wird nach Abschluss der Untersuchung vernichtet. Ich stimme zu, dass die Untersuchung ggf. in einem kooperierenden Fachlabor durchgeführt wird.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an dieser Untersuchung freiwillig ist und ich meine Einwilligung zu der genetischen Untersuchung, der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses sowie zur **Aufbewahrung der Probe** jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Ich wünsche die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an mich durch den verantwortlichen Arzt
 ja
 nein

.....
Ort, Datum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift **Patient/Gesetzlicher Vertreter**

.....
Unterschrift **Verantwortlicher Arzt**

.....
Name, Vorname
(Druckschrift)

.....
Name, Vorname
(Druckschrift oder deutlich lesbarer Stempel)

Bitte beachten Sie, dass die genetische Untersuchung nur bei Vorliegen einer vollständig ausgefüllten Einwilligungserklärung durchgeführt werden kann.