



## Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG (Gendiagnostikgesetz)

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

**Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:**

Ich habe eine allgemeine mündliche und ggf. zusätzlich spezielle schriftliche Aufklärung zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten, gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift stimme ich folgender genetischen Analyse zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung / Störung / Diagnose und den dazu erforderlichen Blut-/Gewebeentnahmen sowie der eventuellen Weiterleitung der Proben an ein spezialisiertes Kooperationslabor zu. Meine Fragen wurden ausreichend beantwortet. Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt.

**Indikation zur genetischen Untersuchung:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Faktor-V-Leiden</b>               | <input type="checkbox"/> <b>Hämochromatose (HFE-Mutation)</b> | <input type="checkbox"/> <b>PAI 4G/5G</b>            |
| <input type="checkbox"/> <b>Faktor-II-Prothrombinmutation</b> | <input type="checkbox"/> <b>IL28B (HCV)</b>                   | <input type="checkbox"/> <b>CFTR</b>                 |
| <input type="checkbox"/> <b>HLA-B27</b>                       | <input type="checkbox"/> <b>HLA-Typisierung gemäß Auftrag</b> | <input type="checkbox"/> <b>MTHFR-Polymorphismus</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Laktose-Intoleranz</b>            | <input type="checkbox"/> <b>HLA-B5701</b>                     | <input type="checkbox"/> <b>Beta-Thalassämie</b>     |
| <input type="checkbox"/> <b>Fruktose-Intoleranz</b>           | <input type="checkbox"/> <b>HLA-DQ2/DQ8</b>                   | <input type="checkbox"/> <b>Chromosomenanalyse</b>   |

**Andere:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse/n auch an weitere Ärzte / Personen geschickt werden:

Frau / Herrn \_\_\_\_\_

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden:

**ja**    **nein**    **außer:** Frau / Herrn \_\_\_\_\_

Ich bitte auch um die Mitteilung von relevanten Zufallsbefunden:

**ja**    **nein**    **nur wenn sich praktische Konsequenzen ableiten lassen**

Die Ergebnisse der durchgeführten genetischen Untersuchung werden 10 Jahre gemäß Standardregelung laut GenDG aufbewahrt und dann vernichtet. Falls gewünscht, ist eine hiervon abweichende Regelung möglich.

Gemäß GenDG muss die Untersuchungsprobe nach Abschluss der Analytik vernichtet werden. Bitte entscheiden Sie, ob Ihr Untersuchungsmaterial anonymisiert für die Entwicklung neuer Methoden verwendet werden darf.

Ich bin mit einer Verwendung für Qualitätssicherung und Entwicklung einverstanden:

**ja**    **nein**

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

<p style="text-align: center;">_____ Unterschrift Ärztin/Arzt, Stempel</p>	<p>_____ Ort</p>	<p>_____ Unterschrift <b>volljährige/r</b> Patient/in</p>
	<p>_____ Datum</p>	<p>_____ <b>bei Minderjährigen</b> gesetzliche/r Vertreter/in</p>