

Einwilligungserklärung zur Anforderung einer pränatalen genetischen Untersuchung gemäß GenDG

PreNata® NIPT

Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz

Mit dieser Einverständniserklärung bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ausreichender Bedenkzeit gemäß Gendiagnostikgesetz mein Einverständnis mit der/den angeforderten genetischen Analyse/n und der dafür notwendigen Probenentnahme. Ich bin einverstanden mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes Labor. Ich wurde über den Zweck der Untersuchung, die zu untersuchende[n] Erkrankung[en] und deren genetischen Grundlage, sowie die Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der durchzuführenden Tests umfassend aufgeklärt. Mir wurde erläutert, dass es sich bei dem PreNata NIPT-Test nicht um ein diagnostisches Verfahren handelt und ein unauffälliges Ergebnis eine fetale Chromosomenstörung nicht vollkommen ausschließt. Ich bin mit der Befundübermittlung an den anfordernden Arzt einverstanden. Ich erkläre mich einverstanden mit:

Der **Aufbewahrung und Nutzung erhobener Ergebnisse** anonymisiert zum Zwecke der Qualitätssicherung und für wissenschaftliche Zwecke ja nein

Der **Aufbewahrung und Verwendung des Untersuchungsmaterials** für mögliche spätere Untersuchungen und anonymisiert zur Qualitätssicherung sowie für wissenschaftliche Zwecke ja nein

Aufklärung zu Zusatzbefunden: In seltenen Fällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht mit der eigentlichen Fragestellung in Zusammenhang stehen, jedoch nach dem aktuellen Kenntnisstand eine klinische Relevanz haben. Hierzu gehören in äußerst seltenen Fällen auch maternale Tumorerkrankungen. Über diese Befunde möchte ich informiert werden [sofern keine Auswahl getroffen, wird »nein« angenommen].

ja nein

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden.

Name, Vorname aufklärende[r] Ärztin/Arzt _____ Ort, Datum _____ Unterschrift aufklärende[r] Ärztin/Arzt* _____ Unterschrift Patient[in] / gesetzlicher Vertreter[in] _____

Datenschutzerklärung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die IMEDAC GmbH, Siemensstraße 40, 32105 Bad Salzufen, welche im Auftrag für verschiedene Labore handelt. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter datenschutz@imedac.de. Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung Ihrer Daten sind die Erfüllung von Verträgen, die Wahrung des berechtigten Interesses, Ihre Einwilligung sowie die Erfüllung öffentlicher Verpflichtungen. Die Datenverarbeitung erfolgt zur Erbringung der angeforderten Laboranalysen bei den Auftragslaboren. Verarbeitet werden u.a. personenbezogene Daten wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Krankenversicherungsdaten, Abrechnungsart, ggf. Bankverbindung, anamnestiche Daten, [Verdachts-] Diagnose, sowie Untersuchungsergebnisse und Parameter, die übermittelt werden. Wir erhalten Ihre Daten über den von Arzt/ Klinik /Labor übersandten Laboranforderungsschein mit den entsprechenden Angaben. Es gelten gesetzliche Aufbewahrungsfristen für die Speicherung Ihrer Daten [mind. 10 Jahre]. Wenn Sie von Ihrem Recht auf Auskunft/Löschung/Berichtigung/Widerruf/Einschränkung der Verarbeitung Gebrauch machen möchten, kontaktieren Sie uns bitte [\[datenschutz@imedac.de\]](mailto:datenschutz@imedac.de). Einwilligungen können jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen werden. Sie haben darüber hinaus ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde. Alle Details zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten und Pflichten, sowie eine Liste unserer Auftragsverarbeiter entnehmen Sie bitte der detaillierten Datenschutzerklärung auf unserer Webseite: <https://www.imedac.de/datenschutzerklaerung/>

IGeL

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung [IGeL]

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die umseitig angeforderte[n], privatärztliche[n] Laboranalyse[n] in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte[n] ärztliche[n] Leistung[en] in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten [Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte [GOÄ] nach aktuellem Stand] selbst tragen. Gleiches gilt für die bei meinem behandelnden Arzt anfallenden Kosten. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen.

IGeL [Rechnung an Patient/-in] _____ Datum/Unterschrift der Patientin: _____



0051 0055 00