



## Einwilligungserklärung für genetische Analysen (gemäß Gendiagnostikgesetz)

Ich gebe meine Einwilligung nach erfolgter Aufklärung für die Durchführung einer genetischen Untersuchung und die dafür erforderliche Blut-/ Gewebeentnahme für die in Frage stehende Erkrankung / Diagnose / Indikation:

bei mir       bei meinem Kind       bei der von mir betreuten Person

Name

Geburtsdatum

Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf die abzuklärende Erkrankung. Ich bin über die genetischen Grundlagen bezogen auf die in Frage stehende Erkrankung sowie die Möglichkeiten und Grenzen der molekulargenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz ausführlich aufgeklärt worden.

Die Bedeutung und Tragweite des Ergebnisses der gewünschten Untersuchung sowie die Verwendung und Aufbewahrung von Probenmaterial und Untersuchungsergebnissen wurden mir umfassend erläutert. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und die Möglichkeit, zusätzliche Fragen zu stellen.

Die von mir gemachten Angaben und alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur mit meiner ausdrücklichen und schriftlichen Einwilligung an Familienangehörige oder andere Ärzte weitergegeben.

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. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligungserklärung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde inne habe. Im Falle möglicher datenschutzrechtlicher Verstöße können Sie sich an unsere praxiseigenen Datenschutzbeauftragte per Post, Fax oder eMail ([team@kinderarztpraxis-kuenzell.de](mailto:team@kinderarztpraxis-kuenzell.de)) oder an die zuständige Landesbehörde in Hessen wenden (Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach 31 63, 65021 Wiesbaden, siehe auch: [datenschutz.hessen.de](http://datenschutz.hessen.de)).

Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu  ja  
 nein

Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor der Einwilligung in die o.g. Untersuchung eingeräumt und mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.  ja  
 nein

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse oder Nachforderungen durch meinen Arzt bis auf Widerruf aufbewahrt wird.  ja  
 nein

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für wissenschaftliche Zwecke (z.B. im Rahmen von Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann  ja  
 nein

Der Untersuchungsauftrag darf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden  ja  
 nein

Die Untersuchungsergebnisse dürfen über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden  ja  
 nein

Ich wünsche die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse zusätzlich an:

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter (z.B. Elternteil)

Unterschrift Arzt