



## **Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)**

**Ich bestätige**, dass ich von \_\_\_\_\_ im Hinblick auf die bei mir/ meinem Kind/der von mir betreuten Person \_\_\_\_\_ (nicht Zutreffendes bitte streichen) geplante, nachfolgend näher beschriebene gendiagnostische Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG):

**über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen** der angeforderten genetischen Untersuchung(en), die erzielbaren Ergebnisse, die gesundheitlichen Risiken, die vorgesehene medizinische Verwendung der genetischen Probe sowie der Untersuchungsergebnisse sowie mein Recht, die Untersuchungsergebnisse nicht zur Kenntnis zu nehmen **aufgeklärt wurde**.

**Zudem bestätige ich**, dass

1. mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde.
2. ich mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden bin.

Ich bestätige, dass ich darüber aufgeklärt wurde und mir bekannt ist, dass ich **die Einwilligung jederzeit widerrufen kann**, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

**Zusätzlich erkläre ich meine Einwilligung**

- in die **Aufbewahrung der Probe** nach Abschluss der Analyse, damit ggf. weitere Untersuchungen nachgefordert werden können und Kontrolluntersuchungen möglich sind.
- dass das Labor das Probenmaterial in anonymisierter Form für die gesetzlich vorgeschriebene **Qualitätssicherung und wissenschaftliche Zwecke** (z.B. statistische Auswertungen) verwenden kann.
- in die Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse für einen Zeitraum von **bis zu weiteren 30 Jahren** nach Ablauf der vorgeschriebenen Frist von 10 Jahren, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen und während dieser Zeit anonymisiert für wissenschaftlicher Zwecke verwendet werden können.
- in die Beauftragung des o.a. medizinischen Labors mit **der Durchführung der genetischen Analyse und der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten** zu diesem.
- in die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse bei Nichterreichen meines behandelnden Arztes, auch an **mitbehandelnde Ärzte der Praxis/Einrichtung oder deren Vertreter**. *(nicht Zutreffendes bitte streichen)*

**Inhalt des Aufklärungsgesprächs:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient**  
(bei Minderjährigen oder betreuten Personen des/ der Vertreter/s)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Arzt**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift weitere beteiligte Person\***

\*bei gendiagnostischer Untersuchung zur Klärung der Abstammung auf Grundlage einer Einwilligung muss diese von allen Beteiligten erklärt werden.