

Bitte zurücksenden an das

Institut für Laboratoriumsmedizin
Prof. Blessing, Dr. Blessing u. Kollegen
Bereich Molekulargenetik
Virchowstr. 10 c
78224 Singen

**Bitte Patientenetikett aufkleben
oder in Blockschrift ausfüllen:**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Einverständniserklärung

zur molekulargenetischen Analyse und Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials und der Ergebnisse gemäß Gendiagnostikgesetz vom 01.02.2010

Ich willige hiermit ausdrücklich und schriftlich in die genetische Untersuchung und die Gewinnung der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeprobe ein, nachdem ich von der verantwortlichen ärztlichen Person, Herrn/Frau _____ am _____ über die geplante(n) genetische(n) Analyse(n) bezüglich der bei mir/meinem Kind gestellten (Verdachts-) Diagnose _____

informiert worden bin. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass sich mit den gegenwärtig verfügbaren Methoden nicht alle genetischen Veränderungen (Mutationen) nachweisen lassen. Außerdem sind für eine Reihe von Erkrankungen noch nicht alle genetischen Ursachen bekannt. Dementsprechend lassen sich aus den Ergebnissen dieser Untersuchung(en) nicht in jedem Fall therapeutische Konsequenzen ziehen und/oder prognostische Aussagen über den Krankheitsverlauf treffen.

Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit mündlich oder schriftlich und ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Das Gendiagnostikgesetz schreibt vor, dass die genetische Probe unverzüglich vernichtet werden muss, wenn sie für die Zwecke, für die sie gewonnen wurde, nicht mehr benötigt wird. Für eine längere Probenaufbewahrung oder eine Verwendung zu anderen Zwecken ist Ihre ausdrückliche und schriftliche Einwilligung erforderlich. Gleiches gilt für die Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse. Sollen diese länger als die vom Gesetzgeber vorgesehenen 10 Jahre aufbewahrt werden (z. B. für Familienuntersuchungen), so müssen Sie diesem ebenfalls schriftlich zustimmen.

Ich stimme zu, dass ein Teil des Untersuchungsmaterials aufbewahrt wird, um die entsprechenden Ergebnisse später überprüfen zu können oder um zu einem späteren Zeitpunkt weitere Untersuchungen zur Diagnosefindung durchführen zu können.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ich stimme zu, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial in verschlüsselter Form für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen der medizinisch-naturwissenschaftlichen Grundlagenforschung verwendet wird und daß die Ergebnisse dieser Studien publiziert werden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ich bin damit einverstanden, daß die in schriftlicher und elektronischer Form gespeicherten Ergebnisse der Untersuchungen <u>nicht</u> nach 10 Jahren vernichtet werden, damit diese Daten auch nach Ablauf dieser Frist zur Verfügung stehen.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass das Untersuchungsergebnis nicht nur dem/der/den Arzt/Ärztin/Ärzten in schriftlicher Form mitgeteilt wird, die die genetische Analyse veranlasst hat/haben, sondern auch der Arzt/die Ärztin Herr/Frau _____ in _____ nachrichtlich von dem Ergebnis informiert wird.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bei Bedarf dürfen die Untersuchungsergebnisse für genetische Beratungen und/oder Untersuchungen von Familienangehörigen genutzt werden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag an ein anderes geeignetes Labor weitergeleitet wird, sollte die Untersuchung in diesem Labor nicht möglich sein.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Ort/Datum: _____ Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters: _____

Unterschrift des verantwortlichen Arztes: _____

BITTE ACHTEN SIE DARAUF, DASS ALLE FRAGEN MIT JA ODER NEIN BEANTWORTET WURDEN!