

# Einwilligung zur genetischen Untersuchung



**MVZ Labor**  
SCHWEINFURT



Gustav-Adolf-Str. 8 • 97422 Schweinfurt  
Tel.: 09721/53332-0 (Zentrale)  
Fax: 09721/53332-299

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

**Das Gendiagnostik-Gesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patienten sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.**

*Bitte lesen Sie sich diese Einverständniserklärung sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an*

**Gewünschte genetische Untersuchung:**

Über die genetischen Grundlagen der Erkrankung sowie die Aussagekraft, Grenzen und möglichen Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung einschließlich der mit der Blutentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden mir beantwortet.

- Ja  
 Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse auch an folgende mitbehandelnde Ärzte geschickt werden

Frau/Herr Dr.: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

- Ja  
 Nein

Bei der Verwendung von Übersichtsmethoden (Suchtests) können sich Zufallsbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen. Auf die Mitteilung solcher Zufallsbefunde verzichte ich.

- Ja  
 Nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial (Blut- oder DNA-Probe) nach Abschluß der Untersuchungen vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden. Für spätere genetische Untersuchungen in der Familie ist es wichtig, Vergleichsmaterial zur Verfügung zu haben.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials über die gesetzlich Frist hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und späterer Untersuchungen in meiner Familie.

- Ja  
 Nein

Genetische Proben sind ein wichtiges Vergleichsmaterial für die Qualitätssicherung der genetischen Untersuchungen im Labor.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung).

- Ja  
 Nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass die Ergebnisse der Untersuchung nach 10 Jahren vernichtet werden. Häufig sind diese Daten aber auch später noch wichtig für ihre Kinder und Enkelkinder. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke nachfolgender Untersuchungen in meiner Familie.

- Ja  
 Nein

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

- Ja  
 Nein

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

- Ja  
 Nein

**Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genetischen Untersuchung für die o.g. Fragestellung und zu der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme.**

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

Unterschrift des zu Untersuchenden  
oder gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_

Unterschrift des  
verantwortlichen Arztes \_\_\_\_\_