

## Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz

Name, Vorname (Pat.):.....

Einsender (Stempel):

Geb.Dat.:.....Geschlecht  m  w

Straße:.....

PLZ, Wohnort:.....

Auftrag/Indikation-Diagnose / Verdacht:.....

.....  
.....  
.....

### Patienten-Einverständniserklärung zur Durchführung genetischer Analysen

Ich stimme der Durchführung vorstehender genetischer Untersuchungen bei mir/meinem Kind zu. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass personenbezogene Daten, insbesondere Name, Geburtsdatum und verwandtschaftliche Beziehungen und für die Untersuchung erforderliche medizinische Daten unter Einhaltung der Bestimmungen des Datenschutz- und Gendiagnostikgesetzes gespeichert werden. Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass das Untersuchungsergebnis zu Zwecken der Weiterleitung an die/den behandelnde(n) Ärztin/Arzt unter Einhaltung der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes gespeichert wird. Eine Weiterleitung der Daten an unbeteiligte Dritte – unabhängig von der konkreten Leistung – wird nicht erfolgen. Die ärztliche Schweigepflicht bleibt unberührt.

Ich wurde von der/dem behandelnden Ärztin/Arzt umfassend über die zu untersuchende Krankheit bzw. deren differenzialdiagnostische Abgrenzung und deren genetische Grundlage informiert und habe derzeit keine weiteren Fragen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass sich die durchzuführenden Untersuchungen nur auf die oben genannten Krankheiten bzw. deren Abgrenzung beschränken und damit zu anderen Erkrankungen oder eventuellen Dispositionen keine Aussagen getroffen werden können.

Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggfs. für spätere Untersuchungen zur Verfügung stehen. Nach Abschluß der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereignen ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat.

Bei weiteren Fragen kann ich mich jederzeit an meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt wenden.  
(Nichtzutreffendes bitte streichen.)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten / gesetzl. Vertreter/in

### Verantwortliche/er Ärztin/Arzt:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes