

Patient*in	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Name, Vorname _____ geb. _____			
Straße _____			
PLZ _____	Ort _____		

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



DIE DRESDNER.

Institut für Klinische Genetik
Fetscherstraße 74, Haus 137, Laborbereich
01307 Dresden, Germany

Genetische Ambulanz

Tel.: +49 (0)351 458 2891

Fax: +49 (0)351 458 4316

Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

Einwilligung in die Genetische Diagnostik nach GenDG

Bitte achten Sie auf die Vollständigkeit Ihrer Angaben, da sonst gegebenenfalls keine Bearbeitung erfolgen kann.

Arzt/Ärztin und Einrichtung (Stempel o. Druckschrift)

Name, Vorname

Name der Einrichtung

Adresse

Telefon

Untersuchungsgrund (Erkrankung / Diagnose / klinische und anamnestiche Daten / Art der Untersuchung / Methode)

Einwilligung: Gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) willige ich mit meiner Unterschrift ein in die genetischen Untersuchungen zur Klärung der oben genannten Erkrankung / Diagnose und in die

Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags

a) zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung.

ja nein

b) für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten.

ja nein

Nutzung der Untersuchungsergebnisse für Familienmitglieder.

ja nein

Verwendung des überschüssigen Probenmaterials zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen, sowie Publikation der pseudonymisierten Ergebnisse.

ja nein

Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse länger als 10 Jahre.

ja nein

Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes Kooperationslabor.

ja nein

Austausch meiner pseudonymisierten Daten zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung mit anderen Einrichtungen unter Beachtung des Datenschutzes.

ja nein

Mitteilung gesundheitsrelevanter Anlageträgerschaften als **Zusatzbefunde** sowie weiterer Befunde, die ein erhöhtes Risiko bei meinen Nachkommen bedeuten würden.

ja nein

Genetische Beratung.

ja nein

Ich willige ein, dass alle therapeutisch oder prognostisch relevanten Zusatzbefunde mitgeteilt werden.

Hinsichtlich der Zusatzbefunde besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Befundmitteilung erfolgt grundsätzlich entsprechend des Gendiagnostikgesetzes.

Die Befundberichte der Untersuchungen bzw. die Gutachten der Behandlung sollen an mich und außerdem geschickt werden an: die Fachärzte/Fachärztinnen für Humangenetik der Genetischen Ambulanz und

Name, Vorname, Einrichtung, Ort des überweisenden Arztes / der überweisenden Ärztin sowie weiterer betreuender Ärzte und Ärztinnen

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen. Ich habe eine ausführliche Aufklärung zu den vorgesehenen genetischen Untersuchungen gemäß GenDG erhalten und verstanden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit. Ich habe eine Kopie der Aufklärung und der Einwilligung erhalten.

Alternativ Bestätigung durch aufklärende ärztliche Person: Die Einwilligung des Patienten / der Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters / der gesetzlichen Vertreterin liegt mir vor.

Sollten die Fragen unbeantwortet bleiben, wird mit der Unterschrift die Einwilligung des Patienten / der Patientin vorausgesetzt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in bzw.
gesetzliche/r Vertreter*in

Unterschrift aufklärender Arzt /
aufklärende Ärztin

Vorname, Name Patient*in bzw.
gesetzliche/r Vertreter*in
in Druckbuchstaben

Vorname, Name aufklärender Arzt /
aufklärende Ärztin in Druckbuchstaben