

Name, Vorname des Versicherten

geb. am



LABOR 28
BERLIN

Labor 28 GmbH
Medizinisches Versorgungszentrum
Mecklenburgische Str. 28
14197 Berlin
Telefon: 030 82093-0
Fax: 030 82093-200
info@labor28.de
www.labor28.de

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung

Ich bestätige, dass ich von _____ im Hinblick auf die

bei mir/ meinem Kind/der von mir betreuten Person _____
(**zutreffendes bitte unterstreichen**) geplant, 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 dann abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Zusätzlich erkläre ich meine Einwilligung

- in die **Aufbewahrung der Proben** 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 wissenschaftliche 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 gesetzlichen Vertreter/s)

Ort, Datum*

Unterschrift Arzt

Ort, Datum*

Unterschrift weiterer beteiligter Person*

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

Stand: 02/2019