

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

synlab
Medizinisches
Versorgungszentrum
Humane Genetik München GmbH



Ärztliche Leitung:
Dr. med. Dr. rer. nat. Claudia Nevinny-Stickel-Hinzpeter
Fachärztin für Humangenetik

Lindwurmstraße 23
D- 80337 München
Tel.: (+49) (0)89 54 86 29 – 0 info@humane-genetik.de
Fax: (+49) (0)89 54 86 29 – 243 www.humane-genetik.de

Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Hiermit gebe ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der Fragestellung/ Verdachtsdiagnose, wie auf dem Überweisungsschein oder den Anforderungsformularen angegeben,



Indikation

bei mir, bzw. der von mir vertretenen Person (§ 14 GenDG) durchgeführt wird.

Aufbewahrung der Proben gemäß GenDG (§13): Das Gendiagnostikgesetz sieht eine Vernichtung der genetischen Proben nach Befunderstellung vor. Um eine Nachprüfung der Ergebnisse sicherstellen zu können, werden die genetischen Proben über einen angemessenen Reaktionszeitraum aufbewahrt und dann verworfen. Für einige Patientenproben kann eine längere Aufbewahrungsdauer sinnvoll sein.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Die Aufbewahrung und Vernichtung der genetischen Proben gemäß GenDG erachte ich als ausreichend. | <input type="checkbox"/> Nach erfolgter Aufklärung wünsche ich die Aufbewahrung der genetischen Proben 10 Jahre lang über die gesetzliche Frist hinaus. |
|---|---|

Verwendung der genetischen Proben (§13):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich erlaube die Nutzung ausschließlich zur Durchführung der o. g. genetischen Diagnostik. | <input type="checkbox"/> Ich erlaube zusätzlich die Nutzung für Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke nach Anonymisierung. |
|--|--|

Aufbewahrung der Ergebnisse nach Befunderstellung (§12):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Die Aufbewahrung der Ergebnisse innerhalb des gesetzlichen Rahmens über einen Zeitraum von 10 Jahren erachte ich als ausreichend. | <input type="checkbox"/> Nach erfolgter Aufklärung wünsche ich die Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus. |
|--|---|

Es steht mir frei, nach Ergebnismitteilung über die verantwortliche ärztliche Person jederzeit ohne Angabe von Gründen die Vernichtung der Ergebnisse zu verlangen.

Es steht mir frei, diese Einwilligung über die verantwortliche ärztliche Person jederzeit ohne Angabe von Gründen teilweise oder ganz zu widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten, bzw. des gesetzl. Vertreters

Stempel und Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person