



## Einwilligung zur genetischen Untersuchung (Version 04, März 2025)

Patientendaten (fass kein Patientenaufkleber zur Hand!)

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Geb-Datum \_\_\_\_\_ ☐ männlich ☐ weiblich

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Ggf. Patientenaufkleber

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

Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:

**Über die in Frage stehende Erkrankung / Störung / Diagnose**

☐ ja

.....  
**deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung / Vermeidung / Behandlung sowie über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut- / Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden beantwortet.**

☐ nein

Das GenDG erlaubt die Versendung des Befundes nur an den Arzt, welcher Sie über die genetische Untersuchung aufgeklärt hat. Wenn Sie möchten, dass auch weitere, mitbehandelnde Ärzte den Befund bekommen, brauchen wir hierfür Ihre Zustimmung.

**Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der genetischen Untersuchung auch an folgende mitbehandelnde Ärzte geschickt werden:**

Frau/Herrn Dr.: .....

☐ 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 mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit oder Erweiterung der Ergebnisse und späterer Untersuchungen in meiner Familie einverstanden.**

☐ ja

☐ nein

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

**Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung einverstanden. 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 dieser Untersuchung für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden.**

☐ ja

☐ nein

**Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben 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 Nicht-wissen). 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 Analyse für die o.g. Fragestellung und zu der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme.

Ort, Datum Unterschrift der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters \_\_\_\_\_

**Vor Ort. Rundherum. Gut versorgt.**