

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Krankenkassen bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Stempel des Einsenders

männlich
 weiblich
 divers
 unbestimmt
 Ethnische Herkunft:

Bitte das Formular vollständig ausfüllen!

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung, dass die folgende genetische Analyse durchgeführt wird:

<input type="checkbox"/> α -1-Antitrypsin-Genotypisierung	<input type="checkbox"/> Hämochromatose-Genmutation (HFE-Genmutation)
<input type="checkbox"/> Apo-B-100-Genmutation	<input type="checkbox"/> HLA B27-Nachweis
<input type="checkbox"/> Apo E-Genotypisierung	<input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz (T/C-13910-Polymorphismus)
<input type="checkbox"/> Faktor II-Genmutation (Prothrombin-Genmutation)	<input type="checkbox"/> MTHFR-Genmutation
<input type="checkbox"/> Faktor V-Leiden-Genmutation (APC-Resistenz)	<input type="checkbox"/> andere:

Mit der Entnahme der hierzu erforderlichen Untersuchungsprobe (Blut/Schleimhautabstrich) bin ich einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann; dieser wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich dokumentieren. Er wird auch dem genannten Labor unverzüglich einen Nachweis des Widerrufs übermitteln.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über ggf. erhobene Neben- und Zufallsbefunde informiert werden, wenn sie hinsichtlich meiner persönlichen Gesundheit und der meiner Blutsverwandten von Relevanz sind.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an folgende Ärzte / Personen geschickt werden (Name & Adresse):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden ohne darauf Anspruch zu erheben.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung dokumentiert werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DNA) nicht nach gesetzlicher Vorgabe unverzüglich vernichtet, sondern für spätere genetische Untersuchungen archiviert wird. Sind diese Untersuchungen vollständig abgeschlossen, übereigne ich das verbleibende genetische Material in anonymisierter Form dem untersuchenden Labor zur Qualitätssicherung sowie zu Forschungszwecken.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum	Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. aller gesetzlicher Vertreter	Unterschrift des/der GenDG verantwortlichen Arztes/Ärztin
------------	---	--

Bei weiterführenden Fragen wenden Sie sich bitte an:
 MVZ Labor Ludwigsburg GbR
 Wernerstr. 33
 71636 Ludwigsburg
 Tel.: 07141/966-0

Name des/der Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben