Praxenzentrum Blondelstr. 9
52062 Aachen / Deutschland
tel.: + 49 (0) 241 470 97 0
fax: + 49 (0) 241 40 86 52
Email: info@pzb.de
http://www.pzb.de

Dokumentennr.:	FORM_AA022-40
Revisionsstand:	A
Titel:	Einwilligungserklärung zur Untersuchung gem. Gendiagnostikgesetz (EW Gen)

_____ Pat.ID:_____
Patientenname, Vorname, Geburtsdatum

Betrifft: ☐ HLA-B5701 (siehe Infoblatt) ☐ IL 28-B (siehe Infoblatt)
☐ CYP2D6, CYP3A4, MDR1 (siehe Infoblätter) ☐ Faktor V Mutation (siehe Infoblatt)

☐ andere Untersuchungen gem. GenDG (siehe Infoblätter) …….....

Sehr geehrte/r Patient/in,

mit Ihrer nachstehenden Unterschrift bestätigen Sie, dass

- Sie von Ihrem behandelnden Arzt über die Aussagekraft und Konsequenzen der o. g. Untersuchung aufgeklärt wurden,
- Ihnen ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die o. g. Untersuchung eingeräumt wurde,
- Sie die Einwilligung jederzeit widerrufen können, die Untersuchung abbrechen können und nur die bis dahin erbrachten Leistungen abgerechnet werden,
- Sie mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden sind.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht, von der nur Sie Ihren Arzt schriftlich entbinden können. Auch eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung.

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) schreibt eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vor. Für eine längere Probenaufbewahrung (z. B. bei Stufendiagnostik, schwieriger Blutabnahme, etc.) muss Ihr ausdrückliches Einverständnis vorliegen. Gleiches gilt, wenn die Untersuchungsergebnisse länger als die gesetzlich vorgeschriebenen 10 Jahre aufbewahrt werden sollen. Die Weiterleitung des Untersuchungsauftrages ist ebenfalls zustimmungspflichtig.

- **Aufbewahrung** des Probenmaterials zum Zwecke einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführender genetischer Untersuchungen zur Diagnosefindung	☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden
- **Aufbewahrung** des Probenmaterials für laboranalytische Qualitätskontroll-maßnahmen oder wissenschaftl. Zwecke (bitte Nichtzutreffendes streichen)	☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden
- **Mitteilung** der Untersuchungsergebnisse an Ihre mitbehandelnden Ärzte	☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden
- **Aufbewahrung** des Untersuchungsergebnisses über die vorgeschriebene-Frist von 10 Jahren hinaus	☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden
- **Datenauswertung** in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke	☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden
- **Verzicht** auf weitere genetische Beratung, Informationen des Beiblatts waren ausreichend.	☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden
- **Weiterleitung** des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizi-nisches Kooperationslabor	☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden
- Für privat Versicherte: Ich wünsche **Rechnungsstellung** durch	☐ Labor Dr. Knechten ☐ Kooperationslabor

Ich habe eine Kopie der Erklärung erhalten.

_____ _____
Datum, Unterschrift Patientin/Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r) Datum, Unterschrift behandelnde(r) Ärztin/Arzt