



Pat. Nr. :

**Dokumentation über die Aufklärung
zur genetischen Untersuchung / Einverständniserklärung
gemäß GenDG (nichtzutreffendes streichen)**

Patient, Geburtsdatum _____
Verantwortlicher Arzt: _____

Entsprechend den Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes ist Ihnen der Zweck, die Art, der Umfang und die Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchung in einem Beratungsgespräch erläutert worden.

1. Die Untersuchung dient der Diagnose/ Abklärung von:

2. Ich bin über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der Untersuchung von Frau/Herrn Dr. informiert worden und hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und eine angemessene Bedenkzeit, mich für oder gegen die Untersuchung zu entscheiden.

Die Untersuchung hat folgende Bedeutung für die Erkrankung, aus dem Ergebnis ergeben sich folgende Möglichkeiten der Behandlung/Vorsorge:.....

3. Ich wurde über gesundheitliche Risiken, die mit der Durchführung der Untersuchung oder der Kenntnis des Ergebnisses verbunden sind informiert. Es handelt sich um folgende Risiken:.....

4. Nach Abschluss der Analyse(n) verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit gemäß §950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchführt.

5. Die Untersuchungsergebnisse müssen vom Labor nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen.

6. Ich weiß, dass ich die Zustimmung zu diesen/dieser Untersuchung/en jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

7. Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, zu der/den o.g. Untersuchung/en unabhängig vom Testergebnis eine humangenetische Beratung in Anspruch zu nehmen.

8. Die Ergebnismitteilung erfolgt vom Labor an Ihre betreuende Ärztin/ Ihren Arzt, die/der Ihnen das Ergebnis mitteilen wird. Sie haben das Recht auf Nichtwissen und können jederzeit erklären, dass Sie das Ergebnis nicht erfahren möchten. Wenn Sie es wünschen, wird das Ergebnis nicht an Sie sondern zum Beispiel nur an Familienangehörige mitgeteilt. Bitte geben Sie hier dann entsprechende Anweisungen:

9. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten ggf. an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Ich habe die o.g. Erklärungen verstanden und stimme der Untersuchung zu.

Ort, Datum, Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

Original an Labor, Durchschlag für die Dokumentation in der Praxis/im Krankenhaus