

Einwilligung zur genetischen Untersuchung

FB 7.2.11

Patientenaufkleber

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Strasse/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Geplante genetische Untersuchung:

Über die genetischen Grundlagen der Erkrankung, die Aussagekraft, Grenzen und möglichen Konsequenzen der genetischen Untersuchung, einschließlich der mit einer Blut-/Gewebeentnahme verbundenen Risiken, wurde ich hinreichend aufgeklärt.

☐ Ja

☐ Nein

Gelegentlich ergeben sich Zufallsbefunde, welche über den ursprünglichen Untersuchungsauftrag hinausgehen, oder mit der eigentlichen Fragestellung gar nicht in Zusammenhang stehen. Auf Wunsch mitgeteilt werden, entsprechend internationalen Empfehlungen, nur diejenigen Zufallsbefunde, welche für den Patienten und/oder seine Verwandten eine therapeutische oder prophylaktische Bedeutung haben.*

- Ich möchte nicht über Zufallsbefunde informiert werden
- Ich möchte über Zufallsbefunde, welche mit meiner Erkrankung in Zusammenhang stehen könnten, informiert werden
- Ich möchte über alle Zufallsbefunde informiert werden

☐

☐

☐

* (gemäß Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG, Miller DT et al., 2022: PMID: 35802134; DOI: 10.1016/j.jim.2022.04.006). Ein Anspruch auf vollständige Mitteilung aller Zufallsbefunde oder eine zukünftige Aktualisierung solcher Befunde besteht nicht. Bei Minderjährigen erfolgt keine Mitteilung von Zufallsbefunden zu Erkrankungen, die im Erwachsenenalter auftreten.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe, zusammen mit den für die Untersuchung benötigten Informationen, an ein Auftragslabor weitergeleitet wird.

☐ Ja

☐ Nein

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) schreibt die Vernichtung der Probe nach Abschluss der Untersuchung vor.

Meine Probe darf zum Zwecke einer ggf. erforderlichen Überprüfung der Ergebnisse, auch durch mögliche neue Analysemöglichkeiten, sowie für weiterführende diagnostische Untersuchungen verwendet werden.

☐ Ja

☐ Nein

Meine Probe sowie die daraus erhobenen Daten dürfen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke, für Qualitätskontrollen sowie für wissenschaftliche Veröffentlichungen verwendet werden.

☐ Ja

☐ Nein

Humangenetische Arztbriefe und Befunde enthalten häufig wichtige Informationen, welche für den Patienten selber, oder dessen Nachkommen, noch viele Jahre oder Jahrzehnte nach der Beratung wichtig sein können. Die durch das Gendiagnostikgesetz (GenDG) auf 10 Jahre begrenzte Aufbewahrung kann sich in der humangenetischen Praxis deshalb als zu kurz erweisen.

Ich wünsche eine Aufbewahrung meiner Arztbriefe/Befunde über die gesetzlich vorgeschriebene Frist hinaus.

☐ Ja

☐ Nein

Ich wurde darüber informiert, dass ich

- diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.
- das Recht habe, auf die Mitteilung von Untersuchungsergebnissen zu verzichten.
- bis zur Mitteilung meiner Untersuchungsergebnisse das Recht habe, deren Vernichtung zu verlangen.

.....

X

X

Ort, Datum

Unterschrift des zu Untersuchenden bzw. der gesetzlichen Vertreter

Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

Erstellung:

Höfele, Julia Franziska Gertrud Prof. Dr.med.

Prüfung:

20.07.2026 Höfele, Julia Franziska Gertrud Prof. Dr.med.

Freigabe:

20.07.2026 Höfele, Julia Franziska Gertrud Prof. Dr.med.