

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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	--

<p><i>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.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich möchte <u>nicht</u> über Zufallsbefunde informiert werden <input type="checkbox"/> - Ich möchte über Zufallsbefunde, welche mit meiner Erkrankung in Zusammenhang stehen könnten, informiert werden <input type="checkbox"/> - Ich möchte über <u>alle</u> Zufallsbefunde informiert werden <input type="checkbox"/> <p><small>* (gemäß Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG, Miller DT et al., 2022: PMID: 35802134; DOI: 10.1016/j.jgim.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.</small></p>	
--	--

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe, zusammen mit den für die Untersuchung benötigten Informationen, an ein Auftragslabor weitergeleitet wird.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--

<p><i>Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) schreibt die Vernichtung der Probe nach Abschluss der Untersuchung vor.</i></p> <p>Meine Probe darf zum Zwecke einer ggf. erforderlichen Überprüfung der Ergebnisse, auch durch mögliche neue Analysemöglichkeiten, sowie für weiterführende diagnostische Untersuchungen verwendet werden.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	--

Meine Probe sowie die daraus erhobenen Daten dürfen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke, für Qualitätskontrollen sowie für wissenschaftliche Veröffentlichungen verwendet werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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, <small>Unterschrift des zu Untersuchenden bzw. der gesetzlichen Vertreter</small>	X, <small>Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person</small>
<small>Ort, Datum</small>		