



Patientendaten (Etikett / Ausdruck Chipkarte)

**Indikation (oder die angeforderte Analyse) ist
zwingend erforderlich und muss eingetragen
werden:**

.....
.....

Ich wurde vor der Probenentnahme zu Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft sowie gesundheitlichen Risiken der Untersuchung nach § 8 Abs. 2 Gendiagnostikgesetz informiert und aufgeklärt. Ich wurde informiert, dass die Proben oder die erhobenen Daten im Rahmen des Ausfallkonzepts bzw. bei nicht angebotener Diagnostik als Analyseauftrag an Dritte verschickt werden können. Weiterhin werden Daten ggf. für die Abrechnung der Diagnostik zur jeweiligen Krankenkasse übermittelt. Ich habe das Formular „Aufklärung vor genetischen Analysen gemäß GenDG“ erhalten. **Ich erkläre mich mit der Probenentnahme und Durchführung der oben genannten Analyse(n) einverstanden.** Über mein Recht auf Nichtwissen und die Möglichkeit, meine Einwilligung vollständig oder in Teilen jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile zu widerrufen, wurde ich informiert.

Ich bin zudem einverstanden mit:

der **Aufbewahrung von Probenmaterial** z. B. für ergänzende Untersuchungen.

☐ ja ☐ nein

der **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus.

☐ ja ☐ nein

der Verwendung meiner **Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienangehörigen** auf deren Wunsch, auch über meinen Tod hinaus.

☐ ja ☐ nein

der Aufbewahrung und vollständigen Verwendung von pseudonymisiertem **Untersuchungsmaterial und/oder Befunden** für **wissenschaftliche Zwecke** in Form von kumulativen Publikationen zu Fallserien innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie zur **Qualitätssicherung**.

☐ ja ☐ nein

der **zukünftigen Kontaktaufnahme** durch Mitarbeiter der Humangenetik zu klinischen oder wissenschaftlichen Zwecken, z. B. einer Re-Analyse vorheriger genetischer Ergebnisse.

☐ ja ☐ nein

In seltenen Fällen können Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen. Nach der Empfehlung der ACMG (Amerikanisches Kollegium für medizinische Genetik und Genomik) berichten wir auf Ihren Wunsch hin (wahrscheinlich) krankheitsverursachende Varianten in ca. 80 Genen (u.a. für Tumor-, Bindegewebs- und Herzerkrankungen, maligne Hyperthermie und Fettstoffwechselstörungen), für die Behandlungskonsequenzen bestehen (bspw. Möglichkeiten der Therapie, Vorsorge, Früherkennung).

Über diese Erkenntnisse möchte ich informiert werden

☐ ja ☐ nein

Ich bin damit einverstanden, dass Dokumente, die Ergebnisse der oben genannten genetischen Untersuchung(en) beinhalten, durch die genannte Arztpraxis in meine **elektronische Patientenakte (ePA)** eingestellt werden.

☐ ja ☐ nein

In **dringenden, medizinisch notwendigen** Fällen, können wir den Befund/die Befunde auch an weitere Personen oder Einrichtungen weiterleiten. Bitte geben Sie hierzu nachfolgend die Daten des zusätzlichen Befundempfängers an:

.....
.....

Die **vollständigen** Angaben zu
Name und Anschrift sind **zwingend
erforderlich** für die Mitteilung!

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in/gesetzl. Vertreter

Name, Unterschrift aufklärende*r Arzt/Ärztin (§ 8 GenDG)