Einwilligungserklärung
des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters zur Durchführung einer humangenetischen Analyse gemäß § 8 GenDG

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, Postleitzahl, Wohnort

Bitte nicht überkleben

Ich wünsche die Durchführung folgender genetischer Untersuchung(en):

☐ bei mir

☐ bei meiner Tochter / meinem Sohn

Name, Vorname, Geburtsdatum

– für die / den ich gemeinschaftlich sorgeberechtigt bin mit _____ .
Ich versichere an Eides Statt in Kenntnis der Strafbarkeit falscher Erklärungen, dass auch dessen Einverständnis vorliegt.

– für die / den ich allein sorgeberechtigt bin.

☐ bei meinem Betreuten, für dessen Gesundheitsangelegenheiten ich zuständig bin.

Nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) ist für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung durch die verantwortliche ärztliche Person und eine schriftliche Einwilligung des Patienten nötig. Bei vorgeburtlichen und prädiktiven Analysen bedarf es zusätzlich einer genetischen Beratung durch den behandelnden Arzt.

Zu Ihrer Information:
Nach den Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes werden Befunde grundsätzlich nur an den für den Patienten verantwortlichen Arzt gesendet. Soweit der für den Patienten verantwortliche Arzt ausschließlich zu Untersuchungs- / Analysezwecken eine weitere ärztliche Person oder Einrichtung einbindet, hat er dieser die Einwilligungserklärung des Patienten nach § 8 GenDG nachzuweisen. Die Restprobe wird zum Zweck der Nachprüfbarkeitund in anonymisierter Form für Qualitätsicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zweckekurzfristig aufbewahrt und anschließend vernichtet.

LABOR BECKER

Labor Becker MVZ eGbR
Führichstraße 70, 81671 München
www.labor-becker.de

kontakt@labor-becker.de
Telefon 089/450 917-0
Fax 089/450 917-100

Stand: 08/2024

Hiermit erkläre ich als Patient bzw. als dessen gesetzlicher Vertreter:

- Ich wurde von meinem (mit)behandelnden, für die Durchführung der humangenetischen Untersuchung und Analyse verantwortlichen Arzt umfassend über diese zu untersuchende Krankheit bzw. Anlageträgerschaft aufgeklärt und habe nach ausreichender Bedenkzeit keine weiteren Fragen.
- Die durchzuführende Untersuchung beschränkt sich gezielt auf die oben genannte Verdachtsdiagnose / Eigenschaft und lässt keine Aussage über andere Erkrankungen zu.
- Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu oben angegebener genetischer Analyse sowie zu den dafür erforderlichen Blut- oder Gewebeentnahmen, und zwar auch für den Fall, dass von dem für die Untersuchung verantwortlichen Arzt zu diesen Untersuchungszwecken ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor oder eine weitere geeignete ärztliche Person zugezogen wird.
- Es steht mir frei, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Der evtl. Widerruf muss – mündlich oder schriftlich– an den verantwortlichen Arzt adressiert werden.
- Mir ist bewusst, dass ich ein Recht habe, die Ergebnisse der humangenetischen Analyse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Von diesem Recht kann ich jederzeit, auch nach Erklärung der vorliegenden Einwilligung, Gebrauch machen, indem ich meinen behandelnden Arzt – mündlich oder schriftlich– Bescheid gebe. Ich kann also das bereits eingeleitete Untersuchungsverfahren jederzeit stoppen und die bis dahin gewonnenen Erkenntnisse einschließlich der Probe vernichten lassen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift: beider Sorgeberechtigter bzw. des allein Sorgeberechtigten / Betreuer in Gesundheitsangelegenheit

Praxisstempel

Labor-Barcode-Nummer

Bitte nicht überkleben

Unterschrift verantwortlicher Arzt

Stand: 08/2024