



(Bitte nicht überkleben)

AF Barcode

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

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, PLZ/Wohnort

Ich wünsche die Durchführung folgender genetischer Untersuchung

Nicht invasive Pränatale Testung des fetalen Rhesusfaktors D

bei meinem ungeborenen Kind.

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 dieser vorgeburtlichen und prädiktiven Analyse bedarf es zusätzlich einer genetischen Beratung durch Ihren behandelnde(n) Ärztin/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.
Das isolierte Erbgut wird zum Zweck der Nachprüfbarkeit kurzfristig aufbewahrt und anschließend vernichtet.

Hiermit erkläre ich als Patientin:

- 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.



(Bitte nicht überkleben)

AF Barcode

- 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- und 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 Sorgeberechtigte/r / Betreuer

Bei Sorgeberechtigten:

Unterschrift **beider** Sorgeberechtigter bzw. des allein Sorgeberechtigten

Bei Betreuung in Gesundheitsangelegenheiten: Unterschrift des Betreuers

Labor-Barcode Nummer

Praxis-Stempel

Unterschrift verantwortlicher Arzt

Stand 6/2021