

Einwilligung zur genetischen Diagnostik

Name, Vorname des Versicherten			geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
das Barcode-Etikett einkleben!

BITTE DEM UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG BEILEGEN

Einwilligung zur humangenetischen Diagnostik gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Name, Vorname des Patienten _____

Geburtsdatum: _____

Indikation / Fragestellung: _____

gewünschte Untersuchung _____

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Probenentnahme bei mir bzw. der von mir betreuten o.g. Person sowie zur Durchführung der erforderlichen humangenetischen Untersuchungen. Die Untersuchung dient ausschließlich zur Abklärung der oben genannten Fragestellung. Der/ die diese Untersuchung veranlassende Arzt/Ärztin hat mich hinreichend aufgeklärt und mir eine ausreichende Bedenkzeit gegeben. Ich habe derzeit keine weiteren Fragen.

Bitte kreuzen Sie an oder streichen Sie die Aussagen durch, mit denen Sie nicht einverstanden sind.

Ich erkläre hiermit,

- dass die erhobenen Befunde an meinem Hausarzt oder anderen mich betreuenden Facharzt übermittelt werden dürfen, wenn sie eindeutig von mir benannt wurden.
- dass die erhobenen Befunde auch nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren weiter im Laborsystem gespeichert werden dürfen: Löschung nach 30 Jahren.
- dass das Untersuchungsmaterial und die Ergebnis in verschlüsselter Form, ohne Rückschlüsse auf meine Identität, für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden darf.

Folgende Ärzte sollen Befunde erhalten: _____

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, solange die Ergebnisse mir noch nicht mitgeteilt wurden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren.

Das Ergebnis der Untersuchungen kann mir neben der verantwortlichen ärztlichen Person auch durch weitere, in gleicher Weise kompetente ärztliche Personen des MVZ mitgeteilt werden (Vertreterregelung). Außerdem bin ich mit der evtl. erforderlichen Weiterleitung von Probenmaterial an spezialisierte medizinische Kooperationslabore einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Betreuer

Unterschrift / Stempel Arzt/Ärztin

Version April 2019