

Angaben zum Patienten (ggf. Patientenaufkleber)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Krankenkasse: _____

Datum:

Probenentnahmedatum:

Probenmaterial: Blut Tumor Sonst: _____

Probennummer:

Wird von uns vergeben

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen verbindlich:

- eine schriftliche Einwilligung der Ratsuchenden nach einer ausführlichen Aufklärung
- eine genetische Beratung vor dem Beginn vorgeburtlicher und prädiktiver (vorhersagender) Analysen

Mit meiner Unterschrift (Seite 2) gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen und zu den dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahmen, die zur Klärung der genannten Diagnose/Fragestellung notwendig sind (*bitte ankreuzen):

- NF1/Legius-Panel (*NF1, SPRED1*)
- NF2-Plus-Panel (*NF2, SMARCB1, SMARCE1, LZTR1*)
- Sonstige Mutationsanalyse (Genbezeichnung/ Panelbezeichnung): _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen vom veranlassenden Arzt folgenden Ärzten/Ärztinnen/Personen weitergeleitet werden dürfen:

Ich erkläre mich einverstanden mit:

- Der **genetischen Untersuchung** des von mir gewonnenen Probenmaterials Nein
- Der **Befundmitteilung** an den auf der Vorderseite genannten Behandler (Mehrfachnennung möglich) Nein
- Der **Aufbewahrung der Ergebnisse** über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus Nein
- Der **Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials** für mögliche Folgeuntersuchungen Nein
- Der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages** bzw. Teilen davon an spezialisierte Kooperationslabore Nein
- Der **Nutzung der Untersuchungsergebnisse** in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke sowie Eintragung der Untersuchungsergebnisse in wissenschaftliche Datenbanken Nein
- Der **Verwendung von gewonnenem Probenmaterials** in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke (Forschungsprojekte) Nein

In seltenen Fällen können Veränderungen festgestellt werden, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ursprünglichen Untersuchungsziel stehen, jedoch eine medizinische und/ oder prognostische Konsequenz für Sie oder Verwandte haben können (Zufallsbefunde).

- Über **klinisch relevante Zufallsbefunde** möchte ich informiert werden Ja Nein

Erklärung

- Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchungen sowie über Konsequenzen, die sich daraus für mich oder Verwandte ergeben können, ausreichend aufgeklärt.
- Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen
- Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung/ggf. spezielle schriftliche Aufklärung zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten, gelesen und verstanden
- Alle Angaben, die ich gemacht habe unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) und werden ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben
- Ich erkläre mich mit den Datenschutzbestimmungen des UKE einverstanden
- Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen)
- Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann

X

Ort/ Datum

Unterschrift Patient/ Name und Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Hinweis: Bei Minderjährigen ist die Unterschrift beider Sorgeberechtigter erforderlich. Bitte vermerken Sie, wenn Sie das alleinige Sorgerecht haben. Die Diagnostik wird erst begonnen, wenn uns die Unterschrift des/der Patienten/ Patientin, des/ der Sorgeberechtigten oder des gesetzlichen Vertreters vorliegt und im Falle einer privaten Krankenversicherung eine Kostenübernahmeerklärung.

X

Ort/ Datum

Name/ Unterschrift/ Stempel des beratenden Arztes gemäß GenDG

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden