

Patient*in	männlich	weiblich	divers
Name, Vorname			
		geb.	
Straße			
PLZ		Ort	

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

DIE DRESDNER.



Genetische Diagnostik
Institut für Klinische Genetik
Fetscherstraße 74, Haus 137, Laborbereich
01307 Dresden, Germany
Genetische Ambulanz
Tel.: +49 (0)351 458-2891, Fax: +49 (0)351 458-4316
Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (<http://www.gesetze-im-internet.de/genDG/>)

Bitte achten Sie auf die Vollständigkeit Ihrer Angaben, da sonst gegebenenfalls keine Bearbeitung erfolgen kann.

Arzt/Ärztin und Einrichtung (Stempel o. Druckschrift)

Name, Vorname

Name der Einrichtung

Adresse

Telefon

Kostenträger	Gesetzl. KV / Überweisungsschein Nr. 6 (Mitbehandlung, keine Laboranalyse)	§116b SGB V	UKD - stationär	Rechnung an Einsender / Klinik
	Gesetzl. KV / Überweisungsschein Nr. 10 (Laboranalyse ohne Budgetbelastung)	§140a SGB V	Private KV / Selbstzahler / IGeL	Forschungsbasis nach Absprache
	Modellvorhaben Genomsequenzierung nach § 64 e SGB V:			
	Gesetzl. KV	Private KV	anderer Kostenträger:	

Untersuchungsgrund

Erkrankung / Diagnose

Klinische, anamnestische u.
familienanamnestische Daten

Genetische Vorbefunde

Art der Untersuchung / Methode

Ich willige in die elektronische Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen und klinischen Daten in Datenbanksystemen für die Klinische Genetik ein. Gemäß GenDG willige ich ein in die genetische Untersuchung auf Grund der oben genannten Erkrankung / Diagnose und in die

Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags

- a) zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung. ja nein
b) für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten. ja nein

Nutzung der Untersuchungsergebnisse für Familienmitglieder. ja nein

Verwendung des überschüssigen Probenmaterials zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen, sowie Publikation der pseudonymisierten Ergebnisse. ja nein

Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse länger als 10 Jahre. ja nein

Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes Kooperationslabor. ja nein

Austausch meiner pseudonymisierten Daten zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung mit anderen Einrichtungen unter Beachtung des Datenschutzes. ja nein

Rekontaktierung bei neuen medizinisch relevanten Erkenntnissen. ja nein

Übermittlung des Untersuchungsbefundes an den überweisenden Arzt / die überweisende Ärztin. ja nein

Die Befundmitteilung erfolgt grundsätzlich entsprechend dem Gendiagnostikgesetz.

Die Befundberichte der Untersuchung bzw. die Gutachten der Behandlung sollen ausserdem geschickt werden an:

Name, Vorname, Einrichtung, Ort weiterer betreuender Ärzte und Ärztinnen

WICHTIG:

Aufklärung zu Zusatzbefunden - nur zutreffend bei Aufklärung durch eine/n Facharzt/ärztin für Humangenetik (GenDG): Werden medizinische Erkenntnisse gewonnen, die nicht im Zusammenhang mit der oben genannten klinischen Fragestellung und der jeweiligen Erkrankungsgruppe stehen, die aber nach aktuellem Wissensstand (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics, ACMG) möglicherweise eine Behandlungs- oder Vorsorgekonsequenz für mich oder meine Familie haben können, möchte ich darüber informiert werden. Ein Anspruch auf Vollständigkeit besteht nicht. ja nein

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen.

Ich habe eine ausführliche Aufklärung zu den vorgesehenen genetischen Untersuchungen gemäß GenDG erhalten und verstanden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit. Alle meine Fragen wurden umfassend beantwortet.

Neben dem Aufklärungsbogen gemäß GenDG habe ich eine Kopie der Einwilligung erhalten / verzichte ich auf eine Kopie der Einwilligung

Alternativ: Bestätigung durch aufklärende ärztliche Person: Die Einwilligung des Patienten / der Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters / der gesetzlichen Vertreterin liegt mir vor.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in bzw. gesetzliche/r Vertreter*in

Unterschrift aufklärender Arzt / aufklärende Ärztin

Vorname, Name Patient*in bzw. gesetzliche/r
Vertreter*in in **Druckbuchstaben**

Vorname, Name, **Stempel o. Druckbuchstaben**
aufklärender Arzt / aufklärende Ärztin