

Klinikum Ludwigshafen

Patientendaten
Name _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____

Arztstempel/Klinik

Einwilligungserklärung

zur Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich erkläre mich einverstanden, dass aus dem mir / meinem Kind entnommenen Untersuchungsmaterial die Erbsubstanz DNA isoliert und eine genetische Untersuchung zur Abklärung folgend genannter Erkrankung / Fragestellung/Indikation/Angeforderte genetische Untersuchung/Gene durchgeführt wird:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung / Thromboseneigung | <input type="checkbox"/> HLA-B27-Merkmal |
| <input type="checkbox"/> JAK 2 | <input type="checkbox"/> DPYD |
| <input type="checkbox"/> Hämochromatose | <input type="checkbox"/> _____ |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich von der verantwortlichen ärztlichen Person über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Untersuchung aufgeklärt wurde.
- ich mit der Probennahme und Durchführung der genetischen Untersuchung zur Abklärung der oben genannten Fragestellung einverstanden bin.
- ich mich jederzeit im Rahmen einer genetischen Beratung über eine mögliche Erkrankung bzw. Ergebnis und Aussagekraft der genetischen Untersuchung informieren kann.
- ich darauf hingewiesen wurde, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Erkenntnisse verlangen kann.
- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte genetische Untersuchung eingeräumt wurde, ich habe derzeit keine weiteren Fragen.

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass (Nichtzutreffendes bitte streichen)

- *ggf. überschüssiges Untersuchungsmaterial zum Zweck der Überprüfung der Ergebnisse bzw. weiterführender Untersuchungen und in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke oder Qualitätskontrollmaßnahmen archiviert wird.*
- *die Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus archiviert werden, ohne darauf Anspruch zu erheben.*
- *über das Ergebnis der genetischen Untersuchung weitere Ärzte (z. B. mitbehandelnder Arzt, Hausarzt etc.) informiert werden.*

- *meine genetische Probe bei Bedarf auch von weiteren Speziallabors auf den Untersuchungsgegenstand hin analysiert wird und auch meine hierfür erforderlichen, personenbezogenen Daten mit übermittelt werden.*

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

Dateipfad:	https://www.klilu.de/e21875/e22036/e22039/e24805/e30880/e31952/inhalt31957/inhalt31965/GenpolymorphismenEinwilligungserklGenp_Version4.0_ger.pdf				
erstellt:	Dr. Nägler, D. (Akad.)	Version:	4.0	Seite:	Seite 1 von 1
Erstelldatum:	06.08.2024	überarbeitet/geprüft:	M.Sc. Urban, A. (QMB)	freigegeben:	Dr. Winteroll, S. (OÄ)
		Datum:	21.08.2024	Freigabedatum:	21.08.2024