

# Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG

## Medizinisches Labor Wahl

Paulmannshöher Str. 14 Tel. 02351 - 46 26 15  
 58515 Lüdenscheid Fax 02351 - 46 26 16  
 www.laborwahl.de info@laborwahl.de

## Angaben zum Patienten

Name: ..... Vorname: .....  
 geb.: ..... Tel.: .....  
 Straße .....  
 PLZ ..... Ort .....

**Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung. Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:**

• Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung (und ggf. zusätzlich spezielle schriftliche Aufklärungen) zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten, gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu folgenden genetischen Analysen

<input type="checkbox"/> HLA B-27	<input type="checkbox"/> HFE (H63D & C282Y)
<input type="checkbox"/> Faktor-V-Leiden-Mutation (G1691A)	<input type="checkbox"/> LCT (T-13910C)
<input type="checkbox"/> Prothrombin-Mutation (G20210A)	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<input type="checkbox"/> MTHFR-Mutation (C677T)	

sowie zu den dafür erforderlichen Blut- / Gewebeentnahmen.\* Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

• Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse(n) auch an weitere Ärzte / Personen geschickt werden.\*  
 Frau / Herrn Dr.: .....

• Ich möchte über die Ergebnisse der genetischen Analyse nur insoweit informiert werden, wie es für mich und meine Familie für die o.g. Frage praktisch relevant ist. Auf die Mitteilung von Zufallsbefunden verzichte ich.\*  ja  nein  
 ODER: Ich bitte auch um Mitteilung aller Zufallsbefunde, aus denen sich praktische Konsequenzen ableiten lassen.\*  ja  nein

• Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.  ja  nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden. Bitte entscheiden Sie, ob und wie nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial verwendet werden darf. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung für Zwecke der Qualitätssicherung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form.  ja  nein

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.\*

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten/des Vertreters* oder Bestätigung des einsendenden Arztes, dass deren/dessen schriftliche Einwilligung vorliegt
	Bei Vertreter: Name, Anschrift Verhältnis zum Patienten
Ort, Datum	Falls vom Arzt kein Anforderungs-/Überweisungsschein unterschrieben wurde, Stempel und Unterschrift des veranlassenden Arztes

\* Angaben werden vom GenDG explizit gefordert