

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

Praxisstempel

## Einwilligungserklärung für die Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz

Untersuchung/Auftrag/Fragestellung  
 genetische Untersuchung bitte hier eintragen: \_\_\_\_\_

fetale Chromosomenanalyse                       postnatale Chromosomenanalyse  
 Erst-/Zweit-Trimester-Screening (präinatale Risikoberechnung für Aneuploidien)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auf Grund der bei Ihnen/Ihrem Kind erhobenen Befunde/Familienvorgeschichte ist es möglich, dass eine Veränderung (Mutation) des Erbgutes besteht, die entweder bereits zu Krankheitszeichen geführt hat oder möglicherweise in Zukunft zu einer Einschränkung Ihrer Gesundheit oder der Ihrer Nachkommen bzw. auch des ungeborenen Kindes führen kann. Viele Veränderungen des Erbgutes lassen sich durch eine Untersuchung einer Blutprobe oder eines anderen Gewebes bzw. von Fruchtwasser oder kindlichen Zellen anderer Herkunft nachweisen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt hat Sie über die Aussagekraft einer solchen Untersuchung und über mögliche Konsequenzen des Untersuchungsergebnisses informiert. Auch über den Verlauf einer Erkrankung und das Risiko, eine veränderte Erbanlage an die eigenen Kinder weiterzugeben, wurde ausführlich mit Ihnen gesprochen. Eltern oder Geschwister können ebenfalls Träger dieser Erbanlage sein. Sofern von Ihnen die Untersuchung gewünscht wird, entscheiden Sie bitte, wie Ihre Probe genutzt werden darf.

Nachdem die nachfolgenden Fragen mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie diese bitte durch Ankreuzen von **Ja** oder **Nein**.

Ich möchte über das Ergebnis der Untersuchung informiert werden:	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass die Probe archiviert wird, so dass sie ggf. für eine Ergebnisüberprüfung zur Verfügung steht:	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit der evtl. erforderlichen Weiterleitung von Probenmaterial an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor einverstanden:	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Aufbewahrung und anonymisierten Verwendung von Untersuchungsmaterial für die Qualitätssicherung einverstanden:	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Aufbewahrung und anonymisierten Verwendung von Untersuchungsmaterial für Studienzwecke einverstanden:	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für Beratungen und/oder Untersuchungen von Familienmitgliedern genutzt werden:	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass einer der Untersucher bei Bedarf mit mir Kontakt aufnimmt:	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Jeder Punkt der Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit widerrufen werden. Wenn nichts angekreuzt wurde, sollen die gesetzlichen Regelungen gemäß Gendiagnostikgesetz gelten.**

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass ich von meinem Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der oben genannten Untersuchungen aufgeklärt wurde und dass mir ausreichend Bedenkzeit vor der Einwilligung in die Untersuchungen gewährt wurde, die ich hiermit beauftrage.

(Aufklärender Arzt/Ärztin)

\_\_\_\_\_

(Datum, Unterschrift)

\_\_\_\_\_

(Name in Blockschrift)

(Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in)

\_\_\_\_\_

(Datum, Unterschrift)

\_\_\_\_\_

(Name in Blockschrift)

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Ärzte eine Befundkopie erhalten: