



## Einverständniserklärung nach §8 GenDG (bei V. a. hereditäre Erkrankung)

### abzuklärende Fragestellung/Genanalyse:

Hiermit erkläre ich mich mit der genetischen Untersuchung zur Abklärung der oben genannten Fragestellung sowie der Gewinnung der dafür erforderlichen Probe einverstanden. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt auf die oben genannte Verdachtsdiagnose und lässt keine Aussage über andere Erkrankungen zu. Unerwartete Nebenergebnisse sind allerdings möglich. Dabei möchte ich über eventuell erhobene Zusatzbefunde informiert werden:

- Nein
- Ja
- Nur, wenn sich dadurch therapeutische oder vorbeugende Maßnahmen ergeben

Ich wurde über die zu untersuchende Erkrankung bzw. Anlageträgerschaft informiert. Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Analyse bin ich aufgeklärt worden. Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt.

Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden (Nicht Zutreffendes bitte streichen),

- dass überschüssiges Untersuchungsmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachanforderungen durch meinen Arzt, Maßnahmen zur Sicherung oder Verbesserung der Qualität der durchzuführenden Analytik und in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form für Forschungszwecke (z. B. für die Verbesserung und Erweiterung der Diagnostik oder Identifikation/Überprüfung von neuen therapeutischen Ansätzen) aufbewahrt und verwendet werden darf.
- dass die Ergebnisse gemäß gesetzlichen Regelungen 10 Jahre archiviert werden. Für Daten, die ggf. im Rahmen wissenschaftlicher Zwecke erhoben wurden, ist keine Löschung vorgesehen.
- dass meine Befunde auch an mitbehandelnde Ärzte weitergeleitet werden dürfen. Alle Informationen unterliegen dabei selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.
- dass das Untersuchungsmaterial ggf. zur Analytik an ein mit dem MVZ kooperierendes Labor weitergeleitet wird.

Es steht mir frei, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand nehmen kann.

Name (Patient) \_\_\_\_\_

Vorname (Patient) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden durch:

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname des behandelnden Arztes  
bzw. des aufklärenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

**Hinweis: Prädiktive genetische Untersuchungen dürfen nur durch Fachärzte für Humangenetik oder andere Ärzte, die die Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung erworben haben, in Auftrag gegeben werden.**