Patientendaten

MVZ für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie Koblenz - Mittelrhein
Dr. med. Dipl.-Chem. Rüdiger Walscheid
Laboratoriumsmedizin • Mikrobiologie • Infektionsepidemiologie • Bluttransfusionswesen • Hämostaseologie
Viktoriastraße 35-39 • 56068 Koblenz • Tel.: 0261 30405-0 • Fax: 0261 30405-944 • www.labor-koblenz.de

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Auftragsnummer

Stempel

Geschlecht des Patienten:

☐ M ☐ W ☐ D

Ethnische Herkunft: _____

Bitte vollständig ausfüllen!

Angeforderte genetische Untersuchung (ggf. Gene/Indikation):	
_____	☐ diagnostisch
_____	☐ prädikativ / keine Symptome
	☐ vorgeburtlich[1]

[1] Auf die Risiken vor allem bei vorgeburtlichen Untersuchungen wird im Zuge der Aufklärung zum Eingriff hingewiesen.

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese Informationen verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung, sowie dass das Untersuchungsmaterial ggf. zur Analytik an ein mit dem MVZ kooperierendes Labor weitergeleitet wird, einverstanden.	☐ Ja	☐ Nein
Mir ist bekannt, dass ich sämtliche in diesem Formular erteilten Einwilligungserklärungen, oder einzelne davon, jederzeit mit sofortiger Wirkung schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt, dem Primärlabor oder dem genannten beauftragten Labor widerrufen kann; der Widerrufsempfänger wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich (§ 121 BGB) dokumentieren und den weiteren Beteiligten übermitteln.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag ohne Anonymisierung oder Pseudonymisierung in das **MVZ für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie Koblenz-Mittelrhein GbR, Viktoriastraße 35-39, 56068 Koblenz** übermittelt wird und auf demselben Weg an meinen behandelnden Arzt zurückübermittelt wird.	☐ Ja	☐ Nein
Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an folgende Ärzte/Personen geschickt werden (Name & Adresse): _____ _____	☐ Ja	☐ Nein

Folgende Eingriffe oder Erkrankungen können das Ergebnis einer NIPT-Untersuchung beeinflussen (Bitte ankreuzen):

☐ Maligne Erkrankung ☐ IVF-Schwangerschaft ☐ Organtransplantation
☐ Chirurgischer Eingriff ☐ Bluttransfusion ☐ Immun-/Stammzellenthearpie

Ort, Datum	Unterschrift **des/der Patienten/-in** bzw. aller gesetzlichen Vertreter	Unterschrift des/der gemäß GenDG verantwortlichen Arztes/Ärztin

Anforderung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Mutterschafts-Richtlinien:

Ich bestätige, dass vorne genannte Patientin gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt wurde. Die Blutprobe stammt von der auf diesem Formular genannten Patientin, sofern die Barcode-Nummern auf Blutröhrchen und Formular übereinstimmen oder die Patientin eindeutig Namen und Geburtstdatum auf Röhrchen und Formular identifizierbar ist. Bei Abrechnung über GKV: NIPT hinsichtlich fetaler Trisomien ist im individuellen Fall indiziert.

Ort, Datum	Unterschrift des/der Arztes/Ärztin	Name des/der Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben