

Einwilligung zur genetischen Untersuchung

Einwilligung zur genetischen Untersuchung	
Patientendaten in lesbarer Schrift, ggf. Aufkleber Name _____ Vorname _____ geb. _____ Straße, PLZ, Ort _____	Bitte zurücksenden an: Zentrallabor (ILM / ITH) Universitätsklinikum Augsburg Stenglinstr. 2 86156 Augsburg Tel.: +49 (0) 821 / 400 2751 Fax: +49 (0) 821 / 400 3241
<p>Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle <u>genetischen Untersuchungen</u> eine ausführliche <u>Aufklärung</u> des Patienten und eine <u>schriftliche Einwilligung</u>. Die Untersuchung darf erst nach Vorliegen der <u>schriftlichen Einwilligung</u> des Patienten begonnen werden. Bei vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) genetischen Untersuchungen muss zusätzlich vorher und nachher eine genetische Beratung angeboten werden.</p> <p>Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:</p>	
<p>Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genetischen Untersuchung, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung / Störung / Diagnose notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahmen.</p>	
<p>Ich bin einverstanden mit der Zusendung des Befundes der genetischen Untersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> an weitere Ärzte / Personen: Frau / Herrn</p> <p><input type="checkbox"/> an mich / uns selbst.</p>	
<p>Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse dieser genetischen Untersuchung für die Beratung / Untersuchung folgender <u>Angehöriger</u> genutzt werden: </p>	
<p>Ich möchte über die Ergebnisse der genetischen Untersuchung nur insoweit informiert werden, wie es für mich und meine Familie für die o.g. Frage praktisch relevant ist. Ich verzichte auf die Mitteilung von Zusatzbefunden.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<p>Ich bitte auch um Mitteilung aller Zufallsbefunde, aus denen sich praktische Konsequenzen herleiten.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<p>Das GenDG verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden. Dies kann dann wichtig sein, wenn aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Überprüfung oder Erweiterung der Untersuchung möglich wird, oder wenn für spätere genetische Untersuchungen in der Familie Vergleichsmaterial benötigt wird. Bitte entscheiden Sie, ob und wie nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial verwendet werden darf.</p> <p>Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung (Mehrfachnennungen möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> • zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der erhobenen Ergebnisse • und der Verwendung für zukünftige neue Diagnosemöglichkeiten für meine o.g. Fragestellung. Ich möchte über klinisch bedeutsame Ergebnisse informiert werden. • und Verwendung zum Zwecke der Qualitätssicherung, der studentischen Lehre, der Erforschung der o.g. Erkrankung und der Verbesserung der Diagnostik und Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form. <p>Alternativ Ich wünsche die sofortige Vernichtung nach endgültigem Abschluss der Untersuchung entsprechend dem GenDG.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Einwilligung zur genetischen Untersuchung

<p>Das GenDG schreibt vor, dass Ihre personenbezogenen Daten und genetische Untersuchungsergebnisse/ -befunde nach 10 Jahren vollständig vernichtet werden müssen. Häufig sind diese Ergebnisse aber auch später noch sehr wichtig für Ihre Kinder oder Enkelkinder. Mit Ihrer Einwilligung dürfen wir diese Daten auch über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahren.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass die für mich oder meine Angehörigen relevanten Daten und Unterlagen bis zu 30 Jahren aufbewahrt und erst dann vernichtet werden.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<p>Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse über die in Frage stehende o.g. Erkrankung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden und anonymisiert in Fachschriften veröffentlicht werden.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<p>Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag und das Untersuchungsmaterial gegebenenfalls an ein spezialisiertes medizinisches Labor weitergeleitet werden, falls die Untersuchung nicht oder nicht vollständig im Labor des Universitätsklinikums durchgeführt werden kann.</p>	

Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsantrag an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet wird. Auskünfte an andere Stellen wie z.B. Versicherungen, Krankenkassen, Arbeitsgeber, Ämter usw. bedürfen meiner gesonderten, ausdrücklichen und schriftlichen Zustimmung.

- Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung (und ggf. zusätzlich schriftliche Aufklärungen) zur genetischen Untersuchung gemäß GenDG erhalten, gelesen und verstanden. Vom behandelnden Arzt wurde ich über Aussage und Konsequenzen der o.g. Untersuchungsfrage umfassend aufgeklärt und habe diese Erklärungen verstanden.
- Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.
- Mir wurde ausreichend Bedenkzeit zur Entscheidung für die geplanten Untersuchungen gegeben.
- Die Möglichkeit eines genetischen Beratungsgesprächs wurde mir angeboten.
- Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe 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 die eingeleitete Untersuchung bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials incl. aller daraus bis dahin gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

--	--	--

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters	Stempel u. Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person (aufklärender und die Untersuchung veranlassender Arzt)
------------	---	---

Genetische Untersuchung von Minderjährigen:
Bitte beachten Sie, dass für die genetischen Untersuchungen, welche bei Minderjährigen durchgeführt werden, die Unterschriften beider Sorgeberechtigter erforderlich ist.

Ort, Datum	Unterschrift der Mutter	Unterschrift des Vaters
(Sollten Sie das alleinige Sorgerecht über die Gesundheit haben, vermerken Sie dies bitte neben Ihrer Unterschrift)		