

Angaben zum Patienten (ggf. Aufkleber)

Name / Vorname / Geschlecht / Geburtsdatum / Adresse

Einsender (Stempel)**IFLB**

IFLB LABORATORIUMSMEDIZIN BERLIN GMBH

Wohlrabedamm 8

13629 Berlin

Tel.: +49 (0) 30 327 903 - 0

Fax: +49 (0) 30 327 903 -90

E-Mail: info@iflb.de

Web: www.iflb.de

Indikation/(Verdachts-)Diagnose – Untersuchungsauftrag

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**für die Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

laut Gendiagnostikgesetz (GenDG) wird gefordert, dass Sie vor Durchführung einer genetischen Laboranalyse ausführlich über die jeweilige Untersuchung informiert werden müssen (Aufklärungspflicht des Arztes). Bei der prädiktiven (vorhersagenden) Diagnostik gesunder Risikopersonen oder bei vorgeburtlicher Diagnostik muss **vor** der Untersuchung eine Genetische Beratung erfolgen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass

- Sie über Aussagekraft und Konsequenzen der o. g. Untersuchung ärztlicherseits aufgeklärt wurden,
- Ihnen ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung zur o. g. Untersuchung eingeräumt wurde,
- Sie mit der Durchführung der o. g. genetischen Untersuchung und mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden sind,
- Sie über die Möglichkeit informiert wurden, die Einwilligung jederzeit widerrufen zu können. Die Untersuchung wird dann abgebrochen, und nur die bis dahin erbrachten Leistungen werden abgerechnet.

Das GenDG schreibt eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vor. Für eine längere Aufbewahrung (z. B. bei Stufendiagnostik oder nach schwieriger Blutabnahme) muss Ihr ausdrückliches Einverständnis vorliegen.

Aufbewahrung des Materials für ggf. weiterführende Untersuchungen zur Diagnosefindung.

☐ ja ☐ nein

Übereignung des verbleibenden Probenmaterials gemäß § 950 BGB an das Labor für Qualitätssicherungsmaßnahmen u./o. wissenschaftliche Zwecke (Nichtzutreffendes bitte streichen).

☐ ja ☐ nein
Einverständnis zur Speicherung/Nutzung der Befunde

Speicherung der Ergebnisse in Papierform sowie elektronisch entsprechend den gesetzlichen Vorgaben.

☐ ja ☐ nein

Ggf. Nutzung der Ergebnisse in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke.

☐ ja ☐ nein
Die Untersuchungsergebnisse müssen gemäß GenDG nach 10 Jahren vernichtet werden.

Ich gestatte die Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über 10 Jahre hinaus.

☐ ja ☐ nein

Bei der Verwendung von Übersichtsmethoden (Suchtests) können sich Zufallsbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der eigentlichen Fragestellung stehen. Bitte entscheiden Sie, ob Ihnen auch solche Ergebnisse mitgeteilt werden sollen.

Ich bitte um die Mitteilung von Zufallsbefunden, aus denen sich gesundheitsrelevante Maßnahmen ergeben können.

☐ ja ☐ nein
Die Weiterleitung des Untersuchungsauftrags ist zustimmungspflichtig.

Der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein Kooperationslabor stimme ich zu.

☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Unterschrift aufklärender(r) Arzt/ Ärztin

Das Labor.