

**Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung**  
 (gemäß Gendiagnostikgesetz)

<b>Name, Vorname:</b> <small>(zu untersuchende Person)</small>	<b>Geb. -Datum:</b>
---	---------------------

Ich bin mit der Durchführung der genetischen Untersuchung im .....-Gen/Panel und der dazu notwendigen **Blutentnahme**  bei mir  bei meinem Kind  bei der von mir betreuten Person einverstanden.

Über die genetischen Grundlagen, Möglichkeiten der Vorbeugung/Vermeidung/Behandlung, über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten Untersuchung sowie mit der Blutentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden von  
 (Herrn/Frau Dr. med.) ..... Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt.

**Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen.** (Bitte entsprechend ankreuzen.)

Ich möchte über die <b>erhobenen Ergebnisse</b> der genetischen Analysen informiert werden. Über mein <b>Recht auf Nichtwissen</b> bin ich informiert worden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ich möchte über bedeutsame Befunde, die über die oben genannte(n) Fragestellung(en) / Erkrankung(en) hinausgehen <b>-sogenannte Zusatzbefunde-</b> , informiert werden. Mitgeteilt werden nur Zusatzbefunde, aus denen sich praktische Konsequenzen (wie eine Therapie oder ein konkretes Vorsorgeprogramm) ableiten lassen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ich möchte über <b>Zufallsbefunde</b> in Genen, die mit einer <b>malignen Erkrankung</b> assoziiert sind (RUNX1, ANKRD26, ETV6, GATA1, MPL), informiert werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Sollten die Untersuchungen ohne konkretes Ergebnis bleiben, bin ich damit einverstanden, dass weiterführende wissenschaftliche Untersuchungen zur Aufklärung der bei mir festgestellten Gerinnungsstörung durchgeführt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ich bin mit der Aufbewahrung von <b>nicht verbrauchtem Untersuchungsmaterial</b> für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der <b>Qualitätssicherung</b> einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird. Die erhobenen Befunde dürfen in pseudonymisierter Form zu <b>wissenschaftlichen Zwecken</b> ausgewertet werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich bin mit der Aufbewahrung der <b>Untersuchungsergebnisse</b> und <b>-unterlagen</b> über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ich bin einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von <b>Familienmitgliedern</b> genutzt werden dürfen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

**Bei fehlender Entscheidung wird von Zustimmung ausgegangen.  
 Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen.**

----- <b>Ort, Datum</b> -----
<b>Unterschrift</b> Patient/Gesetzlicher Vertreter -----
<b>Name, Vorname</b> (Druckschrift) -----

----- <b>Ort, Datum</b> -----
<b>Unterschrift</b> Verantwortliche/r Ärztin/Arzt -----
<b>Name, Vorname</b> (Druckschrift) -----