

Name der Patientin / des Patienten  
Geb. Datum

## Einverständniserklärung Genetische Untersuchung (01/10)

### Gemeinschaftspraxis für Humangenetik

Dr. med. Thomas Martin  
Dr. med. Barbara Oehl-Jaschkowitz  
Dr. rer. nat. Alexander Christmann

Kardinal-Wendel-Str. 14; 66424 Homburg

Tel.: 06841-7778450  
Fax: 06841-7778440  
info@genetik-saar.de

Einsender:

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Ärztl. Unterschrift: \_\_\_\_\_

Untersuchungsindikation / Diagnose: \_\_\_\_\_

### **Einverständniserklärung zur genetischen Analyse, zur Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial und Befunden und zur Mitteilung der Untersuchungsergebnisse**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass von mir entnommenes Blut, Fruchtwasser oder andere von mir entnommene Gewebeproben auf genetische Veränderungen (Mutationen) untersucht werden. Ich bin in einem Beratungsgespräch über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung aufgeklärt worden. Die sich für mich aus den Ergebnissen der genetischen Untersuchung ergebenden Konsequenzen wurden ausführlich erläutert.

Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden nur mit meiner Zustimmung an Dritte weitergegeben.

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe genutzt werden darf und wie Sie über die Untersuchungsergebnisse informiert werden wollen. Nachdem die folgenden Fragen ausführlich mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie diese bitte durch Ankreuzen von **Ja** oder **Nein**:

Ich möchte über das Ergebnis der Untersuchung informiert werden.  Ja  Nein

Ich stimme einer Weitergabe meiner Untersuchungsergebnisse an meine behandelnden Ärzte zu.  Ja  Nein

Ich bin mit der weiteren Aufbewahrung der genetischen Probe nach Abschluss der Untersuchung (z.B. für weiterführende Diagnostik, Nachprüfbarkeit der Ergebnisse) einverstanden. Die aufbewahrte Probe wird nur bei erneutem Untersuchungsauftrag und erneuter Einwilligung verwendet.  Ja  Nein

Ich verzichte auf die Vernichtung meiner Unterlagen nach Ablauf von 10 Jahren.  Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Probenmaterial anonym auch für genetische Forschungszwecke (z.B. Kontrollproben) verwendet werden darf.  Ja  Nein

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten/Betreuers

#### **Für Patienten mit einer Privatversicherung:**

Ich bin damit einverstanden, dass mir für die angeforderte Untersuchung eine Rechnung der Gemeinschaftspraxis für Humangenetik bzw. einer von ihnen beauftragten Abrechnungsstelle zugehen wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter/Betreuer