



**Erläuterungen zu Ziel und Aussagekraft einer genetischen Analyse finden Sie in unserem Patienteninformationsblatt!**

**Patienteneinwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse (gemäß GenDG)**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient**

Bei Ihnen / Ihrem Kind ist eine genetische Untersuchung zur Abklärung der unten genannten Fragestellung / Diagnose geplant. Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und Ihre schriftliche Einwilligung in die Untersuchung.

**Bitte lesen Sie den nachfolgenden Text und bestätigen durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an.**

Name: .....

Geb.: .....

Adresse: .....

.....

Ich wurde von meinem/r Arzt/Ärztin über Aussagekraft und Konsequenzen der untenstehenden genetischen Untersuchung aufgeklärt und hatte ausreichend Bedenkzeit vor der Einwilligung in die Untersuchung. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift gebe ich für mich / mein Kind die Einwilligung zu der/n genetischen Analyse/n und der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme zur Klärung der aufgeführten Fragestellung / Diagnose:

.....

Im Rahmen einer **Array Diagnostik**, einer NGS-basierten **Multi Gen Panel Sequenzierung** (MGPS) oder Exom Sequenzierung können in seltenen Fällen genetische Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht mit der ursprünglichen Fragestellung zusammenhängen, die aber dennoch eine medizinische Bedeutung haben können (siehe dazu die Erläuterungen in unserem Patienteninformationsblatt).

Ich möchte über Zusatzbefunde informiert werden.

- ja
- nein

Ich bin einverstanden, dass erhobene Daten / Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt und verschlüsselt in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.

- ja
- nein

Das Gendiagnostikgesetz schreibt eine Vernichtung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung vor. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden. Überschüssiges Untersuchungsmaterial könnte bei späteren Untersuchungen in Ihrer Familie als Vergleichsmaterial der Nachprüfbarkeit unserer Ergebnisse dienen und es wird auch für die notwendige Qualitätssicherung von genetischen Analysen im Labor benötigt.

Ich willige in die Aufbewahrung des Probenmaterials für Ergebnisüberprüfung, für zukünftige neue Diagnosemöglichkeiten für die oben genannte Fragestellung und zur Qualitätssicherung ein.

- ja
- nein

Des Weiteren stellt überschüssiges Untersuchungsmaterial eine wichtige Quelle für Forschungs- und Entwicklungsarbeit auf dem Gebiet der medizinisch-genetischen Diagnostik dar.

Ich willige ein, dass das Probenmaterial aufbewahrt und für wissenschaftliche Zwecke oder Lehre verwendet werden kann. Für diese Zwecke wird das Untersuchungsmaterial in einer Weise verschlüsselt, dass eine nachträgliche Zuordnung zu einer Person durch Dritte ausgeschlossen ist.

- ja
- nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass Ihre patientenbezogenen Daten / die Daten ihres Kindes und alle Ergebnisse / Befunde nach 10 Jahren vernichtet werden. Die Daten sind jedoch oftmals später wichtig für weitere Kinder und Enkelkinder.

Ich willige in die Aufbewahrung meiner Daten und Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus ein, um nachfolgende Untersuchungen in meiner Familie zu ermöglichen.

- ja
- nein

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten / des gesetzlichen Vertreters