

Medizinische Klinik, Abteilung Innere Medizin I und Klinische Chemie
 Sektion Laboratoriumsmedizin, Im Neuenheimer Feld 671, 69120 Heidelberg
 Leiter Molekularbiologisches Labor: Dr. med. Maik Brune Tel.: 06221 / 56-37943

Fax: 06221 / 56-22857

Einverständniserklärung diagnostische genetische Untersuchung FB-QM-024 / C

Patient: Name: Vorname: Geb. Datum:	Einsender: Stempel
--	--------------------

Ich erkläre mich nach erfolgter Aufklärung und unter Kenntnis des Widerrufsrechtes und des Rechts auf Nichtwissen einverstanden, dass von mir entnommenes Blut auf genetische Veränderungen (Mutationen) untersucht wird. Ich wurde über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Grenzen der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt. Die sich für mich aus den Ergebnissen dieser Untersuchung persönlich ergebenden Konsequenzen wurden ausführlich erläutert. Ich wurde über die Datenschutzerklärung EU-DS-GVO aufgeklärt. Die erhobenen Befunde werden in Papierform und in elektronischer Form gemäß den gesetzlichen Vorgaben gespeichert und nur an die verantwortliche ärztliche Person, nicht aber an Dritte weitergegeben.

Vorgesehene Genanalyse(n): _____

Ich stimme den obengenannten Genanalysen zu: Ja Nein

Ich stimme der Übernahme der genetischen Diagnose in den Arztbrief zu: Ja Nein

Ich stimme zu, dass ein Teil des Untersuchungsmaterials aufbewahrt wird, um die entsprechenden Ergebnisse ggf. überprüfen / ergänzen zu können.

Weitere genetische Analysen erfolgen nur mit meiner erneuten Einwilligung: Ja Nein

Der anonymisierten Verwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial

für qualitätssichernde Maßnahmen (z.B. positiv/negativ Kontrollen) stimme ich zu: Ja Nein

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten oder Sorgeberechtigten

Name in Blockschrift & Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person
(ohne diese Angaben kann keine Diagnostik erfolgen)

Nur für privatversicherte Patienten: Ich bin damit einverstanden, dass ich für die angeforderte Untersuchung eine Rechnung der PVS (privatärztlichen Verrechnungsstelle) erhalte.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten oder Sorgeberechtigten