

<p>_____ Name, Vorname, Adresse des Patienten</p> <p style="text-align: right;">_____ geb. am</p> <p>Oder SAP-Etikett einkleben</p>	<p>JG U UNIVERSITÄTSmedizin. MAINZ</p> <p>Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin</p> <p>Direktorin: Univ.-Prof. Dr. C. Skevaki</p> <p>Sekretariat: Geb. 605, 1. OG, Zi. 1.214 Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz Telefon: +49 (0) 6131 17-7190 Telefax: +49 (0) 6131 17-3589 E-Mail: sekretariat-zentrallabor@unimedizin-mainz.de</p>
---	--

Einwilligungserklärung zur genetischen Diagnostik

Abzuklärende Fragestellung / Genanalyse

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Durchführung der genetischen Untersuchung / Analyse zur Abklärung der oben genannten Fragestellung sowie der Gewinnung der dafür erforderlichen genetischen Probe. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt und ausschließlich auf diese Fragestellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu anderen Erkrankungen oder Erbanlagen. Unerwartete Zufallsbefunde sind allerdings möglich.

Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und Tragweite der Analyse aufgeklärt. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen und von einer Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung oder Teilen davon Abstand nehmen kann.

Ich bin damit einverstanden (Nichtzutreffendes bitte streichen),

- dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meine Ärztin/meinen Arzt, Maßnahmen zur Sicherung oder Verbesserung der Qualität der durchzuführenden Analytik und in streng pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.
- dass meine Befunde an mitbehandelnde Ärzte (z.B. dem überweisenden Arzt) weitergeleitet werden dürfen. Alle Informationen unterliegen dabei selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.
- dass das Untersuchungsmaterial, falls nötig, an ein kooperierendes, entsprechend spezialisiertes Labor weitergeleitet werden darf.
- dass die Ergebnisse nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden müssen, damit sie mir und ggf. nach meinem Tod meiner Familie weiter zur Verfügung stehen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patient:n /
der/des gesetzlichen Vertretenden

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden durch:

Unterschrift der/des behandelnden/
aufklärenden Ärztin/Arztes



Stempel/Name der/des behandelnden Ärztin/Arztes

*Bitte beachten Sie, dass die Untersuchung nur durchgeführt werden kann, wenn der **Name des Behandelnden lesbar** ist (Befundversand!).*