

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (gemäß Gendiagnostikgesetz)

Name, Vorname:

(zu untersuchende Person)

Geb. -Datum:

Ich bin mit der Durchführung der genetischen Untersuchung auf Mutationen 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 bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der **Nachprüfbarkeit** der Ergebnisse und der **Qualitätssicherung** einverstanden.

Ja Nein

Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für spätere **neue Diagnosemöglichkeiten** einverstanden.

Ja Nein

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die **Beratung** und **Untersuchung** von **Familienmitgliedern** genutzt werden.

Ja Nein

Sollen die Untersuchungen ohne konkretes Ergebnis bleiben, bin ich damit einverstanden, dass weiterführende wissenschaftliche Untersuchungen zur Aufklärung der bei mir festgestellten Gerinnungsstörung durchgeführt werden.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird. Die erhobene Befunde in pseudonymisierter Form im Institut für Experimentelle Hämatologie & Transfusionsmedizin zu **wissenschaftlichen Zwecken** ausgewertet werden (Genotyp-Phänotyp-Assoziationsstudie).

Ja Nein

Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und -Unterlagen über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.

Ja Nein

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname (Druckschrift)

Ort, Datum

Unterschrift Verantwortliche/r Ärztin/Arzt

Name, Vorname (Druckschrift)