

Einwilligungserklärung für genetische Untersuchungen

(gemäß GenDG, Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!)

Praxisdaten – Praxisstempel

Patientin: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Falls minderjährig sorgeberechtigte Person(en) benennen:

Name Vorname Geburtsdatum

Name Vorname Geburtsdatum

Ich wünsche, dass die nachfolgende Untersuchung durchgeführt wird:

- Ersttrimester-Test (pränatale Risikoberechnung für Aneuploidien)
- Chromosomenanalyse aus (Fruchtwasser/Chorionzotten/Nabelschnurblut)
- _____

- Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt.

Ebenso wurde ich über die Risiken, die mit der Kenntnis des Ergebnisses als auch über die Risiken für mich oder mein Kind, die mit der Untersuchung bzw. der Entnahme des Gewebes/Blutes verbunden sind, aufgeklärt.

Mir wurden die möglichen Konsequenzen, die sich für mich/mein Kind aus den Ergebnissen der Untersuchung ergeben können, erläutert.

- Mir wurde angemessene Bedenkzeit vor der Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen und die Vernichtung der Proben verlangen.

Ebenso kann ich jederzeit entscheiden, dass Untersuchungsergebnisse nicht mitgeteilt werden **und** vernichtet werden.

Das Gendiagnostikgesetz sieht die Vernichtung von Untersuchungsmaterialien nach der Befunderstellung vor. Befunde/Befunddokumentation sollen lt. Gesetz nach 10 Jahren vernichtet werden. Wenn Sie keine anderen Angaben tätigen, gehen wir wie gesetzlich beschrieben vor.

Einer Weiterleitung des Untersuchungsauftrags, der Weitergabe der Ergebnisse an Dritte (mitbehandelnde Ärzte, Angehörige) müssen Sie ausdrücklich zustimmen.

Ich wünsche,

- die Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes Untersuchungslabor ja nein
- Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an meine mitbehandelnden Ärzte: ja nein

Ort, Datum

Unterschrift