

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Einwilligungserklärung

Vertragsarztstempel / Unterschrift überweisende/r Ärztin/Arzt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen und/oder Ihren Angehörigen und/oder Kind ist es nach Einschätzung des behandelnden Arztes möglich, dass eine Variante des Erbgutes besteht, die entweder bereits zu Krankheitszeichen geführt hat oder möglicherweise in Zukunft zu einer Erkrankung führen kann. Für die Untersuchung einer genetischen Variante ist in der Regel eine Blutprobe erforderlich.

Die Durchführung einer genetischen Untersuchung muss durch die rechtswirksame schriftliche Einwilligungserklärung der Patientin/des Patienten oder der/s gesetzliche(n) Vertreter/in bestätigt werden. Die Aufklärung muss in der Patientenakte schriftlich dokumentiert sein, auch dann, wenn der Patient/die Patientin oder der gesetzliche Vertreter nach Aufklärung der Beratungsinhalte ihren Verzicht auf die Wahrnehmung einer genetischen Beratung erklärt haben.

Mit Ihrer nachstehenden Unterschrift bestätigen Sie,

- dass Sie von Ihrem behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt wurden und diese verstanden haben.
- dass Ihnen ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die genetische Untersuchung gegeben wurde.
- dass Ihnen bekannt ist, dass Sie die Einwilligung in die genetische Untersuchung jederzeit auch mündlich widerrufen können.
- dass Sie mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden sind.

Datum Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG). Das GenDG schreibt eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vor.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an mitbehandelnde Ärzte erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung.

Mit der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Untersuchungsergebnisses bzw. weiterer genetischer Untersuchungen bin ich

- einverstanden  
 nicht einverstanden.

Mit der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen bzw. zu wissenschaftlichen Zwecken bin ich

- einverstanden  
 nicht einverstanden.

Mit der Aufbewahrung des Untersuchungsergebnisses über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus bin ich

- einverstanden  
 nicht einverstanden.

Weiterer Befundempfänger

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Praxisstempel mitbehandelnde/r Ärztin/Arzt

---

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsergebnisses an o. g. mitbehandelnde(n) Ärztin/Arzt bin ich einverstanden

Datum Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in