

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR GENETISCHEN DIAGNOSTIK (gemäß Gendiagnostikgesetz, GenDG)

Patient/in: \_\_\_\_\_  
NAME, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Untersuchung (Gene(e) bzw. Erkrankung, bitte einfügen):

### Bitte ankreuzen:

Es handelt sich um eine Untersuchung auf Anlageträgerschaft für die bezeichnete Erkrankung?  
(prädiaktiv, *aktuell keine klinischen Symptome*)

Ja  Nein

Wenn ja, wurde eine genetische Beratung durchgeführt?

Ja  Nein

Ich bitte um Mitteilung aller Zusatzbefunde, die nach aktuellem Wissensstand eine gesundheitliche  
Bedeutung für mich oder meine Familie haben:

Ja  Nein

Ich bitte um Mitteilung von Ergebnissen, die nach aktuellem Wissensstand unklar sind und wahrscheinlich  
derzeit auch nicht weiter abgeklärt werden können. Diese unklaren Befunde ziehen in der Regel keine  
medizinischen Konsequenzen nach sich.

Ja  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt wurde
- ich der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zustimme
- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde
- ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass **(Nichtzutreffendes bitte streichen)**

- die bei mir gefundenen genetischen Veränderungen unter Wahrung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes (Anonymisierung, bzw. Pseudonymisierung) auch für wissenschaftliche Zwecke verwandt werden können.
- verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann (Übereignungsverfügung nach §950 BGB).
- ggf. der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes med. Kooperationslabor weitergeleitet wird
- die Untersuchungsergebnisse über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X

Unterschrift Patient/in bzw. Vormund

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt (Name in Druckschrift)

Bitte beachten Sie: unbedingt erforderlich sind alle hier geforderten Angaben, also auch Unterschriften von Arzt und Patient. Bei Vorliegen unzureichend ausgefüllter bzw. nicht oder nur zum Teil unterschriebener Erklärungen darf nach GenDG keine Untersuchung erfolgen!

Bitte schicken Sie die Probe inkl. Einwilligungs- und Anforderungsformular an:  
**SYNLAB MVZ Humangenetik Freiburg GmbH, Heinrich-von-Stephan-Str. 5, D-79100 Freiburg**