

# Einwilligung zur genetischen Untersuchung

## Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
geb. \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Bitte zurücksenden an:

**Zentrum Med. Genetik Würzburg**  
Biozentrum, Am Hubland  
97074 Würzburg

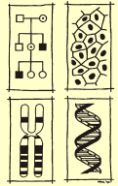


**Praxis für Humangenetik**  
PD Dr. med. Erdmute Kunstmann

Tel: 0931-3184435, Fax: 0931-45265859  
E-Mail: kunstmann@biozentrum.uni-wuerzburg.de

**Institut für Humangenetik, DNA-Labor**

Tel: 0931-3184064, Fax: 0931-3184069  
E-Mail: dna-labor@uni-wuerzburg.de



**Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patienten sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.**

Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an.

Im Folgenden wird ein Nichtankreuzen wie „NEIN“ gewertet.

Über die in Frage stehende Erkrankung / Störung / Diagnose :

deren genetische Grundlagen sowie über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut- / Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden beantwortet.

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse auch an meinen Hausarzt bzw. folgende/n mitbehandelnde/n Ärztin/Arzt geschickt werden:

Frau / Herrn Dr.: .....

Straße: .....

PLZ und Ort: .....

ja  nein

Bei genetischen Analysen können sich Zusatzbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen. Ich wünsche die Mitteilung solcher Zusatzbefunde. Ein Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von Zusatzbefunden besteht nicht.

ja  nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial (Blut- oder DNA-Probe) nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet wird. Im Gegensatz zum GenDG wünsche ich, dass das von mir bzw. das von meinem Kinde stammende Untersuchungsmaterial:

• Für spätere genetische Analysen, die für mich bzw. für mein Kind von medizinischer Bedeutung sind, aufgehoben wird.

ja  nein

• In pseudonymisierter Form zu Zwecken der Qualitätssicherung im untersuchenden Labor aufgehoben und benutzt wird.

ja  nein

• In pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke aufgehoben wird. Ich bin mit einer Kontaktaufnahme vor einer solchen Verwendung des Untersuchungsmaterials einverstanden.

ja  nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass die Ergebnisse der Untersuchung nach 10 Jahren vernichtet werden. Häufig sind diese Daten aber auch später noch wichtig für Ihre Kinder und Enkelkinder.

ja  nein

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse bzw. der Untersuchungsergebnisse meines Kindes über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke nachfolgender Untersuchungen in meiner Familie

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden.

ja  nein

Die Daten der genetischen Analysen werden am Zentrum Med. Genetik Würzburg gespeichert. Ausgewählte Daten werden in pseudonymisierter Form zu Vergleichszwecken und zur Qualitätssicherung in Datenbanken hinterlegt.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, die vorstehenden Informationen zum Inhalt der genetischen Beratung und meiner Rechte bzgl. der Europäischen Datenschutzgrundverordnung zu lesen und meine Einwilligung hierfür gründlich zu überdenken.

Ich bin damit einverstanden, dass von dem Zentrum Med. Genetik Würzburg beauftragte externe Dienstleister meine personenbezogenen Daten verarbeiten dürfen, wenn dies gesetzlich erforderlich ist oder im Hinblick auf die angeforderte Untersuchung notwendig ist (z.B. Verrechnungsstellen oder kooperierende Laboratorien).

Ich stimme der Speicherung der Ergebnisse und der Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in elektronischer sowie in Papierform gemäß den Bestimmungen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zu. Ich habe Anspruch auf eine Kopie dieser Einwilligung gemäß § 630e Abs. 2 S. 2 BGB.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich die eingeleitete Untersuchung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschl. aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde vor der Ergebnismitteilung verlangen kann. Ich erhebe keinen Anspruch auf die dauerhafte Lagerung des Untersuchungsmaterials bzw. dauerhafte Archivierung der Ergebnisse. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genetischen Analyse für die o.g. Fragestellung und zu der dafür erforderlichen Blut- / Gewebeentnahme.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters