


## Einverständnis zur Durchführung einer genetischen Untersuchung

Name, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Benötigtes Material: \_\_\_\_\_

Indikation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geplante Untersuchung: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit den oben aufgeführten genetischen Analysen sowie der erforderlichen Probenentnahme nach erfolgter genetischer Beratung und ausreichender Bedenkzeit bezüglich Zweck, Umfang, Aussagekraft und Tragweite der genetischen Untersuchungen. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden und ggf. in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden. Meine Angaben sowie alle Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen. Ich erkläre mich einverstanden mit:

der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>
der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>
der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials für mögliche spätere Untersuchungen	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>
der Verwendung des Untersuchungsmaterials für Qualitätssicherung und neue Diagnosemöglichkeiten	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>
der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung/Untersuchung von Familienmitgliedern	<input type="checkbox"/> <b>nein</b>

In seltenen Einzelfällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit der oben genannten klinischen Fragestellung stehen, die aber nach aktuellem Wissenstand (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben. Über derartige Zusatzbefunde möchte ich informiert werden. ☐ **ja** ☐ **nein**

Ich bin mit der Übermittlung der Befunde und des Beratungsbriefts an den/die überweisenden Arzt/Ärztin einverstanden und bitte um die zusätzliche Übermittlung an folgende Ärzte:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname  
aufkärende/r Arzt/Ärztin

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
aufkärende/r Arzt/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/  
gesetzlicher Vertreter


## Patientenerklärung: Humangenetische Beratung

Name:	<hr/>
Geburtsdatum:	<hr/>
Arzt/Berater:	<hr/>
Beratungsgrund:	<hr/> <hr/> <hr/>

### Hinweis für Patientinnen und Patienten zur Verwendung genetischer Untersuchungsergebnisse durch Versicherungen (§18 GenDG):

Sie sind grundsätzlich nicht verpflichtet, das Ergebnis einer genetischen Untersuchung gegenüber einer Versicherung offenzulegen. Versicherungsunternehmen dürfen weder vor noch nach Abschluss eines Vertrags verlangen, dass Sie einen Gentest durchführen lassen oder bereits vorliegende Ergebnisse mitteilen. Eine Ausnahme besteht nur dann, wenn Sie einen neu abzuschließenden Vertrag über eine Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Pflegerentenversicherung mit besonders hoher Leistungssumme beantragen. In diesen Fällen darf die Versicherung nach dem Ergebnis eines bereits durchgeführten Gentests fragen, wenn die Versicherungssumme über 300.000 Euro oder die jährliche Rentenleistung über 30.000 Euro liegt. Auch in diesen Fällen besteht jedoch keine Pflicht, eine genetische Untersuchung extra durchführen zu lassen.

Hiermit bestätige ich, dass ich entsprechend GenDG humangenetisch beraten wurde. Ich bin über Möglichkeiten von diagnostischen Maßnahmen informiert worden. Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft von möglichen diagnostischen Maßnahmen sind mir erläutert worden.

---

Name, Vorname  
aufklärende/r Arzt/Ärztin

---

Ort, Datum

---

Unterschrift  
aufklärende/r Arzt/Ärztin

---

Unterschrift Patient/  
gesetzlicher Vertreter