

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen bei NICHT einwilligungsfähigen Patienten*innen

Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung 	Patienteninformation Name..... Vorname..... geb..... Tel..... Straße..... PLZ..... Ort.....
--	--

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

Patient*in, geboren am, ist **NICHT** einwilligungsfähig.

Name, Vorname

Er / Sie ist nicht in der Lage Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung zu medizinischen Zwecken zu erkennen und seinen / ihren Willen hiernach auszurichten. Es liegt folgende **Diagnose / Verdachtsdiagnose** vor:

.....

.....

.....

Für eine fachgerechte medizinische Behandlung und zur Abwendung einer akut lebensbedrohlichen Situation ist es daher erforderlich das Untersuchungsergebnis der angeforderten genetischen Untersuchung zu kennen.

Ein Zuwarten der Einwilligung würde das Leben oder die Gesundheit des Patienten gefährden.

Die Untersuchungsergebnisse werden innerhalb der nächsten **Stunden** benötigt.

Es kann daher nicht abgewartet werden, bis über den zuständigen Richter ein Notfallbetreuer bestellt wurde und der bestellte Notfallbetreuer nach gemäß §§ 8,14 GenDG erfolgter Aufklärung dann in die genetische Untersuchung schriftlich eingewilligt hat.

Die Untersuchungsergebnisse werden für die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren aufbewahrt.

.....
Ärztin/Arzt (Druckbuchstaben)

.....
Ärztin/Arzt (Datum, Unterschrift)