

Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) für tumorgenetische Untersuchungen

**Bezeichnung und Anschrift der
Einrichtung / Stempel der Einrichtung**

Patienteninformation / Patientenetikett

Name Vorname

geb. Tel.:

Anschrift

In Frage stehende Erkrankung, für die tumorgenetische Untersuchungen durchgeführt werden sollen:

Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt. Nach der Aufklärung wurde mir eine angemessene Bedenkzeit bis zur Entscheidung über die nachfolgend zu erteilende Einwilligung eingeräumt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Das Nichtankreuzen der nachfolgenden Checkboxen wird als Ablehnung gewertet.

Ich wünsche eine Durchführung der von meinem Arzt / meiner Ärztin zur weiteren Abklärung empfohlenen Analysen.

ja ☐ nein ☐

Bei genetischen Untersuchungen kann es zu Ergebnissen kommen, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, aber eine Behandlungs- oder Vorsorgekonsequenz für mich oder Angehörige haben können (sogenannte Zufallsbefunde). Ich bitte auch um Mitteilung dieser Zufallsbefunde.

ja ☐ nein ☐

Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren hinaus für 30 Jahre aufbewahrt und erst danach vernichtet werden.

ja ☐ nein ☐

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Untersuchungsmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, eventuelle Nachforderungen oder zum Zwecke der Qualitätssicherung aufbewahrt und genutzt werden kann.
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Untersuchungsmaterial für weiterführende wissenschaftliche Untersuchungen aufbewahrt und genutzt werden kann.

ja ☐ nein ☐

Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke, einschließlich der Veröffentlichung in Fachzeitschriften, genutzt werden können.

ja ☐ nein ☐

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe 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 eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und das Untersuchungsmaterial einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde vernichten lassen kann.

Ort, Datum

Patient/in (Druckbuchstaben)

Patient/in (Unterschrift)

Ort, Datum

Ärztin/Arzt (Druckbuchstaben)

Ärztin/Arzt (Unterschrift)