

Name, Vorname des Versicherten			geb. am
Kassen-Nr	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr	VK. Gültig bis	Datum	



Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung des Patienten bzw. seines Vertreters ist unbedingte Voraussetzung für die Durchführung der genetischen Untersuchung. Nähere Informationen zum GenDG finden Sie unter: www.medlab-oldenburg.de/service/gendiagnostikgesetz/

Patient/in

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

gewünschte genetische Untersuchung:

Ich wurde über Zweck, Art, Umfang Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten genetischen Untersuchung, die erzielbaren Ergebnisse, die gesundheitlichen Risiken, die vorgesehene Verwendung der genetischen Probe sowie der Untersuchungsergebnisse sowie mein Recht auf Widerruf der Einwilligung und mein Recht auf Nichtwissen aufgeklärt und bestätige, dass:

1. mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die obengenannte Untersuchung eingeräumt wurde.
2. ich mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden bin.
3. ich mit der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses an meinen behandelnden Arzt einverstanden bin.
4. ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann, die Untersuchung abgebrochen werden und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird. Ja Nein

Zusätzlich erkläre ich meine Einwilligung:

- in die Aufbewahrung des Probenmaterials nach Abschluss der Analyse, damit ggf. weitere Untersuchungen nachgefordert werden können, Kontrolluntersuchungen möglich sind oder das Labor das Probenmaterial in anonymisierter Form für die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung und wissenschaftliche Zwecke (z.B. Statistik) verwenden kann. Ja Nein
- in die Aufbewahrung des Probenmaterials bis zu 20 Jahren nach Ablauf der vorgeschriebenen Frist von 10 Jahren, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen und während dieser Zeit anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können. Ja Nein
- in die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse nicht nur an meinen behandelnden Arzt, sondern auch an mitbehandelnde Ärzte der Praxis/Einrichtung oder deren Vertreter. Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient
bei Minderjährigen oder betreuten Personen des Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Ort, Datum

Unterschrift weitere beteiligte Personen