

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



Auftrag vom:

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/

Ich bestätige, dass ich im Hinblick auf die bei mir bzw. bei _____
von mir betreute Person
geplanten, nachfolgend näher beschriebenen genetischen Untersuchungen:

Genaue Beschreibung von Untersuchungen / Indikation / Fragestellung / ggf. Verdachtsdiagnose

nach dem Gendiagnostikgesetz über den Zweck Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten genetischen Untersuchung(en), die erzielbaren Ergebnisse, die gesundheitlichen Risiken sowie die vorgesehene Verwendung der genetischen Probe und der Untersuchungsergebnisse **aufgeklärt wurde**.

Zudem bestätige ich, dass

- (1) mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung eingeräumt wurde
- (2) ich mit der/den oben genannten Untersuchung(en) und der erforderlichen Gewinnung der genetischen Probe einverstanden bin.

Ich bestätige, dass ich darüber aufgeklärt wurde und mir bekannt ist, dass ich ein **umfassendes Recht auf Nichtwissen** ausüben und die Einwilligung außerdem jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann, die Untersuchung dann abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Zusätzlich erkläre ich meine Einwilligung

- in die **Aufbewahrung der genetischen Probe** nach Abschluss der genetischen Untersuchung(en), damit das Labor sie ggf. in anonymisierter Form für **Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke** (z. B. statistische Auswertungen) verwenden kann, ohne Anspruch darauf zu erheben.
- in die **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren, damit sie ggf. auch danach in verschlüsselter Form vom Labor für **Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke** verwendet werden können, ohne Anspruch darauf zu erheben.
- in die **Mitteilung ggf. erhobener Zufallsbefunde**, ohne Anspruch darauf zu erheben.
- in die **Weiterleitung des Untersuchungsauftrags** bei Erforderlichkeit an spezialisierte kooperierende Labore.
- in die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses bei Nichterreichen meines behandelnden Arztes, auch an **mitbehandelnde Ärzte der Praxis/Einrichtung oder vertretende Ärzte**.

(Nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum

Unterschrift Patient
bei Minderjährigen oder betreuten Personen des Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Ort, Datum

Unterschrift weitere beteiligte Personen*

* bei gendiagnostischer Untersuchung zur Klärung der Abstammung auf Grundlage einer Einwilligung muss diese von allen Beteiligten erklärt werden.