

**Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung
 (gemäß Gendiagnostikgesetz)**

Name, Vorname: <small>(zu untersuchende Person)</small>	Geb. -Datum:
---	---------------------

Ich bin mit der Durchführung der genetischen Untersuchung im-Gen/Panel und der dazu notwendigen **Blutentnahme** bei mir bei meinem Kind bei der von mir betreuten Person einverstanden.

Über die genetischen Grundlagen, Möglichkeiten der Vorbeugung/Vermeidung/Behandlung, über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten Untersuchung sowie mit der Blutentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden von
 (Herrn/Frau Dr. med.) Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt.

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen. (Bitte entsprechend ankreuzen.)

Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ich möchte über bedeutsame Befunde, die über die oben genannte(n) Fragestellung(en) / Erkrankung(en) hinausgehen -sogenannte Zusatzbefunde- , informiert werden. Mitgeteilt werden nur Zusatzbefunde, aus denen sich praktische Konsequenzen (wie eine Therapie oder ein konkretes Vorsorgeprogramm) ableiten lassen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ich möchte über Zufallsbefunde in Genen, die mit einer malignen Erkrankung assoziiert sind (RUNX1, ANKRD26, ETV6, GATA1, MPL), informiert werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Sollten die Untersuchungen ohne konkretes Ergebnis bleiben, bin ich damit einverstanden, dass weiterführende wissenschaftliche Untersuchungen zur Aufklärung der bei mir festgestellten Gerinnungsstörung durchgeführt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Ich bin mit der Aufbewahrung von nicht verbrauchtem Untersuchungsmaterial für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird. Die erhobenen Befunde dürfen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und -unterlagen über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Ich bin einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden dürfen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

**Bei fehlender Entscheidung wird von Zustimmung ausgegangen.
 Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen.**

----- Ort, Datum
----- Unterschrift Patient/Gesetzlicher Vertreter
----- Name, Vorname (Druckschrift)

----- Ort, Datum
----- Unterschrift Verantwortliche/r Ärztin/Arzt
----- Name, Vorname (Druckschrift)