

## Anforderungsbogen genetische Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

<b>Patient, Einsender</b>
---------------------------

**Arbeitsbereich Molekulare Zytogenetik**

**Kontakt:** 0355 46 2166  
(Mo – Fr: 8:00 - 15:00 Uhr)

Klinische Fragestellung / Hinweise / gewünschte Untersuchung
--

### **Einverständnis des Patienten / der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters zur Durchführung der oben genannten genetischen Analyse(n) (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!)**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung mein Einverständnis mit der/n geplanten genetischen Analyse(n) und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme.

Ich bin darüber informiert worden, dass die bereits erteilte Einwilligung jederzeit mündlich oder schriftlich der verantwortlichen ärztlichen Person gegenüber widerrufen werden kann.

Den gesetzlichen Vorschriften folgend, soll das verbleibende Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet werden. Aus Gründen der Qualitätssicherung ist es jedoch wünschenswert, verbleibendes Untersuchungsmaterial aufzubewahren. In verschlüsselter / anonymisierter Form dient dieses Material zur Prüfung der Qualität unserer Untersuchungsverfahren. Auch aus Gründen der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse bzw. für weitere erforderliche Untersuchungen, kann es sinnvoll sein, das verbleibende Material aufzubewahren.

Ich bin damit einverstanden, dass mein verbleibendes Untersuchungsmaterial länger als gesetzlich vorgeschrieben aufbewahrt werden darf.

JA

NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse auch in elektronischer Form gespeichert werden.

JA

NEIN

Die Ergebnisse der Untersuchungen dürfen länger als – den gesetzlichen Vorgaben entsprechend - 10 Jahre aufgehoben werden, damit sie ggf. mir und meiner Familie auch länger zur Verfügung stehen.

JA

NEIN

Hiermit erteile ich meine Zustimmung, dass mir das Untersuchungsergebnis neben der verantwortlichen ärztlichen Person, auch durch weitere, in gleicher Weise kompetente ärztliche Personen des CTK mitgeteilt werden kann, wenn andernfalls eine Verzögerung bei der Ergebnismitteilung eintreten würde, die für mich unzumutbar oder mit medizinischen Nachteilen verbunden wäre oder die verantwortliche ärztliche Person zum Zeitpunkt der Ergebnisvorlage nicht mehr im CTK beschäftigt ist. Aus denselben Gründen erteile ich dem Labor die Erlaubnis, dass das Untersuchungsergebnis auch den vertretenden Ärzten mitgeteilt werden kann. Weiterhin gestatte ich, daß die Ergebnisse dieser Untersuchung meinem Hausarzt, Kinderarzt oder dem einweisenden Arzt schriftlich mitgeteilt werden.

JA

NEIN

Datum

Unterschrift des/r Patienten/in bzw.  
des (gesetzlichen) Vertreters

Stempel / Unterschrift des  
**einsendenden** Arztes