Medizinisches Labor Prof. Dr. Schenk /
Dr. Ansorge & Kollegen GbR MVZ
Schwiesaustr. 11
39124 Magdeburg
Telefon (0391) 24468-0
Telefax (0391) 24468-110

GENETIK ZENTRUM Magdeburg

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung. **Bitte lesen Sie den Text sorgfältig. Streichen Sie gegebenenfalls nichtzutreffendes durch!**

- Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchung hinreichend aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, meine Fragen zu besprechen.
  Mit meiner **Unterschrift** gebe ich die **Einwilligung zur genetischen Untersuchung** zur pränatalen Diagnostik oder Klärung der in Frage stehenden Erkrankung/ Diagnose:

  _____sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahmen.

- Ich werde über **Zufallsbefunde** (z.B. durch Suchteste) informiert, wenn sich daraus medizinische Konsequenzen ergeben.

- Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen und von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand nehmen kann (**Recht auf Nichtwissen**).

- Falls erforderlich darf das Probenmaterial an ein spezialisiertes medizinisches Labor weitergeleitet werden.

- Ich bin damit einverstanden, dass die **Untersuchungsbefunde über** die gesetzliche Frist von **10 Jahren aufbewahrt** werden dürfen.

- Ich bin damit einverstanden**,** dass **verbleibendes Probenmaterial** für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, für Nachforderungen, zu Kontrollzwecken (Nutzung als Referenz) und anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke oder Lehre bis auf Widerruf **aufbewahrt und verwendet werden kann**.

- Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde auch an mit- und weiterbehandelnde Ärzte mitgeteilt werden.
  Mitteilung der Ergebnisse an Frau / Herr:

Ort, Datum Unterschrift / gesetzl. Vertretung Unterschrift aufklärender Arzt/Ärztin