Universitätsklinikum Leipzig
Anstalt öffentlichen Rechts

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Patientenetikett

Ich bin in einem persönlichen Beratungsgespräch über die mich / die von mir betreute Person betreffende medizinisch-genetische Fragestellung, die hierfür bestehenden Möglichkeiten einer genetischen Diagnostik sowie über deren Wesen, Bedeutung und Tragweite aufgeklärt worden.

Die Aufklärung umfasste insbesondere:
- Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung
- Bedeutung der zu untersuchenden Eigenschaften für die Erkrankung oder gesundheitliche Störung einschließl. der Möglichkt. zu deren Vermeidung, Vorbeugung oder Behandlung
- gesundheitl. Risiken, die mit der Kenntnis des Untersuchungsergebnisses verbunden sind
- vorgesehene Verwendung der genetischen Probe sowie der Untersuchungsergebnisse.

Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt. Ich habe verstanden, dass es mir frei steht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen oder auf die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses oder von Teilen davon zu verzichten und diese vernichten zu lassen. Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse aufbewahrt und anschießend vernichtet wird.

Ich wünsche die Durchführung der mir vorgeschlagenen Untersuchung:

_____
geplante Untersuchung eintragen

und willige in die Gewinnung der erforderlichen Blutprobe und die Untersuchung ein.
Ich möchte, dass neben dem einsendenden Arzt folgende weitere Personen das Ergebnis der Untersuchung mitgeteilt bekommen:
……
……

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert und in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke oder für Zwecke der Qualitätssicherung genutzt/publiziert werden. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchungen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen.
Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat und gestatte die Verwendung für wissenschaftliche Zwecke in pseudonymisierter Form.
Ich bin damit einverstanden, dass Daten für Abrechnungszwecke an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Ort : .....

Datum : .....

.....
Unterschrift des Patienten / Betreuers

Ort : .....

Datum : .....

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes