

Name, Vorname des Patienten	Arztstempel / Klinik
Geburtsdatum	
Adresse	

Einwilligung zur Durchführung genetischer Analysen nach GenDG

Ich bin, gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG), durch den Arzt ausführlich und verständlich über die Aussagekraft und Konsequenzen der unten genannten genetischen Untersuchung aufgeklärt worden und hatte eine ausreichende Bedenkzeit. Ich habe verstanden, dass ich über Befunde informiert werde, die nach gegenwärtigem Wissen als Ursache der Erkrankung angesehen werden können.
Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich habe das Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen).
 Mit meiner Unterschrift gebe ich für mich / mein Kind die Einwilligung zu der/n genetischen Analyse/n und der dafür erforderlichen Blut- / Gewebeentnahme **zur Klärung der aufgeführten Fragestellung / Diagnose:**

Ich willige ein in:	Keine Auswahl wird als „nein“ gewertet.
<ul style="list-style-type: none"> • die Aufbewahrung und Nutzung von Untersuchungsmaterial <ul style="list-style-type: none"> ○ zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung ○ sowie für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten. • die Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor. • den Austausch meiner pseudonymisierten Daten zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung mit anderen Einrichtungen unter Beachtung des Datenschutzes. • die Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern. 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Im Rahmen der Abrechnung ist es notwendig, dass Mitarbeiter der Abrechnungsabteilung des Klinikums Oldenburg Zugriff auf Patientendaten erhalten. Zudem erfolgt eine Weiterleitung dieser Daten an eine ärztliche Verrechnungsstelle. Mit Ihrer Einwilligung für die Durchführung einer Untersuchung willigen Sie auch hierfür ein.

Patientenwille zur Schweigepflichtentbindung abweichend von den Vorgaben des GenDG:

Gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) darf das Ergebnis einer genetischen Untersuchung vom durchführenden Labor nur an die ärztliche Person weitergegeben werden, welche die Analyse veranlasst hat.

Mein Befund darf (ggf. zusätzlich) an folgende Ärzte weitergegeben werden:

Arzt / Klinik / Anschrift

Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Ort, Datum, Unterschrift Patient bzw. der gesetzlichen Vertretung <i>Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.</i>	Ort, Datum, Unterschrift des aufklärenden Arztes , Name des aufklärenden Arztes in Druckbuchstaben
---	--

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Medizinisches Versorgungszentrum am Klinikum Oldenburg GmbH

Medizinische Genetik

in Kooperation mit

Universitätsinstitut für Medizinische Genetik

Univ.-Prof. Dr. med. Marc-Philip Hitz, PhD

Rahel-Straus-Straße 10
26133 Oldenburg

Molekulargenetisches Labor

Telefon:
0441 - 403 - 2406
Fax:
0441 - 403 - 2832
E-Mail:
labor.medgen@klinikum-oldenburg.de

Internet:
<http://www.klinikum-oldenburg.de>
<https://uol.de/medizinische-genetik>

Geschäftsführer:
Rainer Schoppik

Erfüllungsort und Gerichtsstand:
Oldenburg (Oldb)

HR B 202124
Steuer-Nr.: 64/220/18170

Bankverbindung:
IBAN:
DE85 2805 0100 0001 6940 82
BIC: SLZODE22