

Name, Vorname des Patienten	Arztstempel / Klinik
Geburtsdatum	
Adresse	

**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>

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.

- die Aufbewahrung und Nutzung von Untersuchungsmaterial Ja Nein
 - zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung
 - sowie für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten. Ja Nein
- die Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und -unterlagen über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus. Ja Nein
- die Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor. Ja Nein
- den Austausch meiner pseudonymisierten Daten zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung mit anderen Einrichtungen unter Beachtung des Datenschutzes. Ja Nein
- die Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern. Ja 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.

Einwilligung zum Umgang mit Zufallsbefunden

Bei umfassenderen genetischen Analysen können zufällig Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht im Zusammenhang mit der diagnostischen Fragestellung stehen. Die Kenntnis solcher Zufallsbefunde kann medizinisch relevant, aber auch psychologisch belastend sein. Sie kann zudem für zukünftige Lebenssituationen Konsequenzen haben (z.B. beim Abschluss von Versicherungen). Es erfolgt keine gezielte Auswertung hinsichtlich möglicher Zufallsbefunde und es besteht somit kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Ich willige ein in die Mitteilung von Zufallsbefunden: Keine Auswahl wird als „nein“ gewertet.

- die eine **medizinische Relevanz für den Träger** haben können (z.B. hinsichtlich Behandlungskonsequenz oder Vorsorgeempfehlung). Ja Nein
- die nicht zur Erkrankung bei dem Träger führen, jedoch zum Auftreten einer Erkrankung bei Angehörigen führen können (**Anlageträgerschaften**). Ja Nein

Einwilligung zum Daten-Teilen und für medizinische Forschung

Ich willige ein in: Keine Auswahl wird als „nein“ gewertet.

- die Vorstellung meiner klinischen und genetischen Informationen in einer interdisziplinären Fallkonferenz. Ja Nein
- die Nutzung der Daten / Ergebnisse für Zwecke der Lehre und Ausbildung. Ja Nein
- die Aufbewahrung meiner Bioproben (z.B. Blut, DNA) bzw. daraus gewonnener Daten für Forschungszwecke sowie in eine Kontaktaufnahme hinsichtlich einer weiteren wissenschaftlichen Verwendung nach Abschluss der genetischen Untersuchung. Ja Nein
- die Nutzung / Veröffentlichung ggf. erhobener Daten / Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke. Diese Daten dürfen in anonymisierter Form in Fachzeitschriften veröffentlicht werden. Mir ist bekannt, dass wissenschaftliche Veröffentlichungen im Internet frei verfügbar sein können. Ja Nein

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
Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.

Ort, Datum, Unterschrift des **aufklärenden Arztes**,
Name des aufklärenden Arztes in Druckbuchstaben

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

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Adresse

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. Der Befund wird dann von der verantwortlichen ärztlichen Person an den Patienten mitgeteilt.

Sollten Sie wünschen, dass Ihr genetischer Befund auch an andere Ärzte oder an andere Personen (z.B. Ihre Angehörigen) weitergegeben werden darf, wird hierfür Ihre explizite Schweigepflichtentbindung benötigt.

Patientenwille zur Schweigepflichtentbindung abweichend von den Vorgaben des GenDG:

Ich/ wir entbinden hiermit die Mitarbeiter der Genetischen Ambulanz und des Labors (Universitätsinstitut für Medizinische Genetik und MVZ am Klinikum Oldenburg) von der Schweigepflicht gegenüber der/n unten genannter/n Person(en) (z.B. behandelnde Ärzte, Angehörige). Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass die im Rahmen der genetischen Beratung zu o.g. Patienten erhobenen medizinischen und genetischen Befunde an diese Person(en) weitergegeben werden. Zu diesem Zweck darf von den Ärzten der Genetischen Ambulanz Einsicht in die Patientendaten (Papierakte und digitale Akte) des o.g. Patienten genommen werden.

Meine/ unsere Entbindung der Schweigepflicht gilt gegenüber:

► Ärzten:

Mein Befund darf an alle Ärzte weitergegeben werden, die in der Abteilung des anfordernden Arztes tätig sind.

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

Arzt / Klinik / Anschrift

► Angehörigen / Personen:

Name / Geburtsdatum / Anschrift

Im Falle einer Schweigepflichtentbindung gegenüber Angehörigen:

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass genetischen und klinischen Befunde des o.g. Patienten für die Diagnostik und Befunderstellung für die oben genannten Angehörigen verwendet werden dürfen. Die Patienten-Nummer / DNA-Nummer des Patienten darf auf dem Befundbericht des Angehörigen genannt werden.

Ja Nein Keine Auswahl wird als „nein“ gewertet.

► _____
Ort, Datum Unterschrift **Patient** bzw. berechtigte Person(en)

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.

Diese Schweigepflichtentbindung kann jederzeit ganz oder in Teilen für die Zukunft widerrufen werden.

Der Widerruf kann schriftlich / per E-Mail / Fax erfolgen.

Weiterführende Patienteninformationen können auf unserer Homepage (<https://www.klinikum-oldenburg.de/genetik>) abgerufen werden.

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.