

Name, Vorname des Patienten  
geb. am

Berner Str. 117  
60437 Frankfurt  
Tel. 069 66 90 03 - 900  
Fax. 069 66 90 03 - 940  
www.laborarztpraxis.de

Barcode bitte waagrecht einkleben

Name des aufklärenden Arztes  
der aufklärenden Ärztin in Klarschrift

Stempel und Unterschrift der/des gemäß  
GenDG verantwortlichen Ärztin/Arztes

## Einwilligungserklärung

### zur Durchführung einer genetischen Untersuchung / Analyse nach dem Gendiagnostikgesetz durch die Laborarztpraxis Rhein-Main

Erkrankung / Verdachtsdiagnose:



0066 1996 01

Hiermit bestätige ich,

- dass ich über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Untersuchung einschließlich ihrem Zweck, ihrer Art, ihrem Umfang und ihrer Aussagekraft im Hinblick auf die genannte Fragestellung, ausreichend aufgeklärt worden bin.
- dass mir eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt wurde.
- dass ich über gesundheitliche Risiken, die für mich mit der Kenntnis des Ergebnisses der genetischen Untersuchung und mit der Gewinnung der dafür erforderlichen genetischen Probe verbunden sind, ausreichend aufgeklärt wurde, sowie über gesundheitliche Risiken, die mit der vorgeburtlichen genetischen Untersuchung und der Gewinnung der dafür nötigen genetischen Probe für den Embryo oder Fötus verbunden sind, ausreichend aufgeklärt wurde.
- dass ich über die vorgesehene Verwendung der genetischen Probe, sowie der Untersuchungs- oder Analyseergebnisse informiert wurde.
- dass ich informiert wurde über mein Recht auf Nichtwissen.
- dass ich informiert wurde über mein Recht das Untersuchungsergebnis nicht zur Kenntnis zu nehmen, sondern das Ergebnis vor einer Mitteilung an mich vernichten zu lassen.

Ich bin damit einverstanden,

- dass meine Blut-/ Gewebeprobe ggf. zur speziellen medizinischen Diagnostik an ein weiteres medizinisches Labor geleitet wird, soweit dies im Rahmen der oben genannten genetischen Untersuchung / Analyse / Fragestellung erforderlich ist.

Ich wünsche,

- dass das Untersuchungsergebnis über die Anforderungen des GenDG hinaus länger als 10 Jahre aufbewahrt wird.
- dass meine Blutprobe länger als gemäß GenDG vorgegeben aufbewahrt wird, damit sie ggf. für weitere Diagnostik oder qualitätssichernde Maßnahmen zur Verfügung steht.
- dass ich über Nebenbefunde informiert werde, wenn sie für meine Gesundheit oder die Gesundheit meiner Blutsverwandten von Bedeutung sind.
- dass ich über das Ergebnis der Untersuchung informiert werde.

Zutreffendes markieren

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

- dass das Untersuchungsergebnis neben dem anfordernden Arzt auch folgenden entsprechend qualifizierten Ärzten (Vertretungsregelung) oder anderen Personen mitgeteilt wird, damit es nicht zu Verzögerungen bei der Ergebnismitteilung an mich kommt:

Mir ist bekannt,

- dass mir das Ergebnis nicht vom beauftragten Labor mitgeteilt werden darf, sondern nur durch den anfordernden Arzt (oder oben benannten Vertreter).
- dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich (Dokumentation beim verantwortlichen Arzt), ganz oder in Teilen, ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, ohne dass mir daraus persönliche Nachteile entstehen.
- dass mir nur bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden (gilt für einen Selbstzahler- oder Privatauftrag).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit den genetischen Untersuchungen zur Klärung der oben genannten Fragestellung einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten  
(bei nicht einwilligungsfähigen Personen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters mit Anschrift)

Vers9\_20240521