EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG - EINSENDER

V.00003

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Indikation (vom Arzt/der Ärztin auszufüllen)

Verantwortliche/r Arzt/Ärztin (GenDG)

Stempel

E-Mail des/r Befundempfängers/in

_____

Untersuchungsmaterial (vom Arzt/der Ärztin auszufüllen)

(Art, Menge, ggf. Entnahmezeitpunkt)

☐ EDTA-Blut mind. 3 ml ☐ DNA

Sonstiges: _____ Datum: _____

Hinweis: Unbeschriftetes Material muss verworfen werden.

Kostenträger/Abrechnung (vom Arzt/der Ärztin auszufüllen)

☐ GKV (EBM)
☐ PKV (GOÄ)
☐ Selbstzahler
☐ Rechnung an Einsender
☐ Kostenvoranschlag zusenden

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, nach erfolgter Aufklärung gemäß "Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen" (GenDG), mein Einverständnis mit den genetischen Analysen und der dafür erforderlichen Probenentnahme. Ich kann jederzeit von meinem Widerrufsrecht Gebrauch machen.
Im Folgenden wird nicht Ankreuzen wie "Nein" gewertet.

Ich erkläre mich einverstanden mit

- der **Aufbewahrung der Ergebnisse** der Untersuchung über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus. ☐ Ja ☐ Nein
- der **Aufbewahrung von Probenmaterial und/oder Befunden** (keine Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung) für folgende Zwecke:
  - Nachprüfbarkeit und Qualitätssicherung ☐ Ja ☐ Nein
  - Ergänzende Untersuchungen ☐ Ja ☐ Nein
  - Wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form ☐ Ja ☐ Nein
- der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages oder weiterführender Diagnostik** im Rahmen der medizinischen Fragestellung an Kooperationslabore. ☐ Ja ☐ Nein
- der **Löschung meiner Daten** durch den Untersuchungsbeauftragen (Hanse Genetik), wenn keine medizinischen Belange dagegen sprechen. Dies gilt auch vor der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren. ☐ Ja ☐ Nein
- der **Anforderung von relevante Vorbefunden** von anderen Ärzten und medizinischen Einrichtungen durch den Untersuchungsbeauftragten (Hanse Genetik). ☐ Ja ☐ Nein
- **Fotoaufnahmen für diagnostische Zwecke.** ☐ Ja ☐ Nein
- dem **Erhalt von Mitteilungen über Zufallsbefunde**, die im Rahmen von Untersuchungen oder Forschungsprojekten entstehen:
  - Ich wünsche die Mitteilung von Zufallsbefunden bei wahrscheinlich pathogenen/pathogenen Varianten, die mögliche, auch schwere, Erkrankungen bei Trägern/Trägerinnen der Variante verursachen können (autosomal-dominanter Erbgang). ☐ Ja ☐ Nein
  - Nur bei Indikation "Kinderwunsch": Ich wünsche die Mitteilung von Zufallsbefunden bei wahrscheinlich pathogenen/pathogenen Varianten, bei denen i. d. R. keine Symptome des Trägers/der Trägerin zu erwarten sind (Anlageträgerschaften, autosomal-rezessiver Erbgang). *nur bei Kinderwunsch* ☐ Ja ☐ Nein

Patient*in/Gesetzliche Vertretung (Druckbuchstaben)

Arzt/Ärztin (Druckbuchstaben)

Patient*in/Gesetzliche Vertretung (Datum, Unterschrift)

Arzt/Ärztin (Datum, Unterschrift)[1]

[1]Wir weisen daraufhin, dass prädiktive Untersuchungen laut GenDG nur von einem Facharzt/einer Fachärztin für Humangenetik oder von einem anderen Arzt/einer anderen Ärztin der/die sich für eine Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen seines/ihres Fachgebietes qualifiziert hat, angefordert werden dürfen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie qualifiziert sind, die Untersuchung anzufordern.

HANSE GENETIK
Dr. med. Harald Ludwig
Facharzt für Humangenetik

Winterhuder Marktplatz 6-7
22299 Hamburg
www.hansegenetik.de

Tel.: +49 40 537 98 35 30
Fax: +49 40 537 98 35 50
E-Mail: info@hansegenetik.de

HANSE GENETIK