

# Dokumentation über die Aufklärung zur genetischen Untersuchung/ Einverständniserklärung gemäß GenDG

(Nichtzutreffendes bzw. Nichtgewünschtes bitte streichen)

\_\_\_\_\_  
Patient/in, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Verantwortlicher Arzt

Entsprechend den Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes ist Ihnen der Zweck, die Art, der Umfang und die Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchung in einem Beratungsgespräch erläutert worden.

1. Die Untersuchung dient der Diagnose/Abklärung von:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Ich bin über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft (s.o.) der Untersuchung von Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_ informiert worden und hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und eine angemessene Bedenkzeit, mich für oder gegen die Untersuchung zu entscheiden.

Die Untersuchung hat folgende Bedeutung für die Erkrankung, aus dem Ergebnis ergeben sich folgende Möglichkeiten der Behandlung/Vorsorge:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Ich wurde über gesundheitliche Risiken, die mit der Durchführung der Untersuchung oder der Kenntnis des Ergebnisses verbunden sind, informiert. Es handelt sich um folgende Risiken:

\_\_\_\_\_

4. Nach Abschluss der Analyse(n) verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit gemäß §950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchführt.

5. Die Untersuchungsergebnisse müssen nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie mir bzw. meiner Familie auch in Zukunft zur Verfügung stehen.

6. Ich weiß, dass ich die Zustimmung zu dieser/dieser Untersuchung/en jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

7. Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, zu der/den o.g. untersuchung/en unabhängig vom Testergebnis eine genetische sowie eine psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen.

8. Die Ergebnismitteilung erfolgt vom Labor an Ihre betreuende Ärztin/Ihren Arzt, die/der Ihnen das Ergebnis mitteilen wird. Sie haben das Recht auf Nichtwissen und können jederzeit erklären, dass Sie das Ergebnis nicht erfahren möchten. Wenn Sie es wünschen, wird das Ergebnis nicht an Sie sondern zum Beispiel nur an Familienangehörige mitgeteilt. Bitte geben Sie hier dann entsprechende Anweisungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich habe die o.g. Erklärungen verstanden und stimme der Untersuchung zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in