

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Geschlecht

Patienteneinwilligung für genetische Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Angeforderte Untersuchung:

Indikation/ Diagnose/ Verdacht:

Mit meiner nachstehenden Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die o.g. Untersuchung zur Klärung der o.g. Indikation/ Diagnose/ Verdacht durchgeführt und die dafür erforderliche Probe von mir entnommen werden darf.

Ich wurde im Vorfeld von meinem behandelnden Arzt über:

- Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der genetischen Untersuchung;
- gesundheitliche Risiken während der Gewinnung der Probe o. mit der Kenntnis des Ergebnisses;
- meine Rechte auf Widerruf der Einwilligung, sowie auf Nichtwissen (keine Kenntnisnahme des Untersuchungsergebnisses)

gemäß § 8 GenDG aufgeklärt.

Ich bin einverstanden mit (falls nicht zutreffend, bitte streichen!):

- der Aufbewahrung des verbleibenden Probenmaterials im Labor über einen bestimmten Zeitraum nach Abschluss der Untersuchung, um ggf. im Einzelfall auf die vorhandene Probe zurückgreifen zu können.
- der anonymisierten Verwendung des verbleibenden Probenmaterials im Labor für laboranalytische Qualitätskontrollzwecke oder wissenschaftliche Fragestellungen.
- der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an die ärztliche Person, welche die genetische Untersuchung beauftragt hat.
- für ausgewählte Untersuchungen von häufig vorkommenden Varianten:
Zugang zu analysebezogenen Informationen auf my.pgsbox.de
(nur bei persönlicher Aktivierung des Zugangs)

Hinweis: im Rahmen einer genetischen Beratung gem. § 10 GenDG kann das Untersuchungsergebnis dem Patienten durch das Labor mitgeteilt werden.

Zudem beauftrage ich die Übermittlung des Befundes durch die MVZ diagnosticum GmbH zum Zwecke der Weiter-/ Nachbehandlung an Praxis/ Klinik:

PLZ, Ort: _____ Straße: _____

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient o. gesetzl. Vertreter

Unterschrift/ Stempel verantwortliche ärztliche Person