

Patientendaten

Barcode bitte  
hier einkleben.

Erklärungen gemäß Gendiagnostik-Gesetz (GenDG)

Untersuchung \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Ich erkläre, dass ich über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Grenzen der Aussagekraft der angeforderten Untersuchung aufgeklärt worden bin. Die möglichen Ergebnisse der genetischen Untersuchungen wurden in ihren denkbaren Konsequenzen ausführlich erörtert. Mit der Weiterleitung der Proben an das beauftragte Labor bin ich einverstanden. Alle Angaben und die Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit. In Kenntnis meines jederzeitigen Widerrufsrechts erkläre ich mein Einverständnis zur Probenentnahme und Durchführung der genetischen Untersuchung.

**Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen:**

Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse oder für spätere Diagnosemöglichkeiten einverstanden.

ja

nein

Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials für Qualitätssicherung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form einverstanden.

ja

nein

Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.

ja

nein

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der Patientin /des Patienten**  
(oder des gesetzlichen Vertreters)

Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person**  
(lt. § 3 Abs. 5 GenDG)