

**Claudia Behrend**      **Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe –Medizinische Genetik-**

### **Einwilligung über genetische Untersuchungen gemäß GenDG**

Ich bin damit einverstanden, dass die mir / meinem Kind / der von mir betreuten Person entnommene Blut-/Gewebeprobe für folgende genetische Untersuchung(en) verwendet wird:

\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich über Art und Umfang, Aussagekraft und Bedeutung sowie mögliche Konsequenzen der oben genannten genetischen Untersuchung aufgeklärt wurde und dass ich nach ausreichender Bedenkzeit mit der Durchführung der Analyse einverstanden bin. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgabe gespeichert werden. Über die Möglichkeit einer ausführlichen humangenetischen Beratung durch einen Facharzt und/oder einer psychosozialen Beratung wurde ich informiert.

Nach Abschluss der Untersuchung hinsichtlich o. g. Erkrankung bei mir / bei meinem Kind / der von mir betreuten Person bin ich damit einverstanden, dass

- die/der mit der Untersuchung beauftragte Ärztin/Arzt Kontakt mit mir aufnimmt.  ja     nein
- das Probenmaterial ggf. an ein kooperierendes Labor weitergeleitet wird.  ja     nein
- die Untersuchungsergebnisse für Beratungen und/oder Untersuchungen von Familienmitgliedern genutzt und nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgabe nach 10 Jahren vernichtet werden.  ja     nein
- das Probenmaterial nach der Untersuchung aufbewahrt wird und bei neuen diagnostischen Möglichkeiten weiterhin zur Verfügung steht.  ja     nein
- die Probe anonym für Forschungszwecke bzgl. der genannten Erkrankung oder für andere genetische Forschung genutzt wird.  ja     nein

Die/der beratende Fachärztin/Facharzt erhält einen Befundbericht. Ich wünsche zusätzlich die Übermittlung des Berichtes an

mich selbst     weitere Personen/Ärzte \_\_\_\_\_.

Jeder Punkt der Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Einsender/Beratender Arzt: \_\_\_\_\_