

**Patientendaten/Aufkleber**

Name, Vorname

geb. am

Straße

PLZ, Ort

**Einverständniserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)**

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters ist unbedingte Voraussetzung für die Durchführung der genetischen Untersuchung.

**Klinische Symptomatik / Verdachtsdiagnose / Indikation / Fragestellung****Bitte nicht zutreffendes streichen:**

Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Probenmaterial und den genetischen Untersuchungen bezogen auf o.g. Fragestellung zu.

Sofern erforderlich, bin ich mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages und der erhobenen Daten an eine spezialisierte Einrichtung einverstanden.

Abhängig vom Untersuchungsauftrag und um eine hohe Sensitivität zu erreichen kann eine umfassende DNA-Untersuchung erforderlich sein.

Im Rahmen genetischer Analysen können Informationen gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, aber trotzdem von medizinischer Bedeutung für mich oder meine Angehörigen sein können (Neben- bzw. Zusatzbefunde).

Im Fall eines Nachweises will ich über Zusatzbefunde aufgeklärt werden:  ja  nein

(Wenn keine explizite Auswahl erfolgt, wird „Nein, es soll keine Aufklärung erfolgen“ angenommen.)

Mir ist bewusst, dass ich keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierung solcher Zusatzbefunde habe.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass aufgrund der Vorgaben von Krankenkassen bisher nicht vorbeschriebene DNA-Varianten in einer öffentlich zugänglichen Datenbank dokumentiert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial sowie die erhobenen Daten in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet und Ergebnisse in Fachzeitschriften veröffentlicht werden. Dazu überlasse ich das Material / die Daten dem Labor für Translationale Onkologie, Abteilung Innere Medizin II, Tübingen.

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

Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden.

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.

Ich bin mit der Weitergabe des Befundes an mit- und nachbehandelnde Ärzte und an das internationale Register für schwere chronische Neutropenien (SCNIR) einverstanden. (Sollten Sie einer Weitergabe an das SCNIR nicht zustimmen, so streichen Sie bitte die Passage).

**Ergänzungen:**

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt in einem persönlichen Gespräch über die Bedeutung und Tragweite der Diagnostik und insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchungen aufgeklärt. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit. Diese Einwilligung kann ich jederzeit vollständig oder in Teilen widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in/gesetzlicher Vertreter\*

Unterschrift des aufklärenden Arztes

Stempel des aufklärenden Arztes  
(Name in Druckbuchstaben)

(\*Bei Kindern müssen beide sorgeberechtigten Elternteile einwilligen und unterzeichnen, bzw. eine Vollmacht muss vorliegen, falls nicht alle sorgeberechtigten anwesend sind.)

**Probeneinsendung :**

Medizinische Klinik, Abteilung II

Prof. Julia Skokowa

Otfried-Müller-Str. 10, 72076 Tübingen

**Rückfragen an:**

Tel. 07071/29-86013