

Selbstzahler		
Name, Vorname des Versicherten		
Geschlecht	W M D	geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Auftragsnummer  
des Labors**  
Hier bitte sorgfältig das  
Barcode-Etikett einkleben!

**BITTE DEM UNTERSUCHUNGSaufTRAG, z.B. Muster 10, BEILEGEN**

## EINWILLIGUNG zur humangenetischen Diagnostik gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Name, Vorname des/der Patient:in \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Indikation / Fragestellung \_\_\_\_\_

gewünschte Untersuchung \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Probenentnahme bei mir bzw. der von mir betreuten o.g. Person sowie zur Durchführung der erforderlichen humangenetischen Untersuchungen. Die Untersuchung dient ausschließlich zur Abklärung der oben genannten Fragestellung. Der/ Die diese Untersuchung veranlassende Arzt/Ärztin hat mich hinreichend aufgeklärt und mir eine ausreichende Bedenkzeit gegeben. **Zudem erkläre ich hiermit:**

1) Dass das Probenmaterial zum Zweck einer möglicherweise erforderlichen Überprüfung der Ergebnisse oder für weiterführende genetische Untersuchungen aufbewahrt wird.

einverstanden       nicht einverstanden

2) Dass die erhobenen Befunde auch nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren weiter im Laborsystem gespeichert werden dürfen: Löschung nach 30 Jahren.

einverstanden       nicht einverstanden

3) Dass mir zufällig gefundene, klinisch relevante Ergebnisse, auch wenn sie nicht zur ursprünglichen Fragestellung gehören, mitgeteilt werden sollen.

einverstanden       nicht einverstanden

4) Dass ich damit einverstanden bin, dass mein Befund in meine persönliche elektronische Patientenakte (ePA) hochgeladen wird. Damit wird der Befund für andere Ärztinnen und Ärzte sowie Zugehörige anderer Heilberufe einsehbar. Ich kann aber jederzeit den Befund über meine ePA-App verbergen.

einverstanden       nicht einverstanden

5) dass die Ergebnisse der genetischen Untersuchung folgenden Ärzten mitgeteilt werden dürfen:

\_\_\_\_\_

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, solange mir die Ergebnisse noch nicht mitgeteilt wurden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren. Ferner wurde ich darauf hingewiesen, dass mir die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Das Ergebnis der Untersuchungen kann mir neben der verantwortlichen ärztlichen Person auch durch weitere, in gleicher Weise kompetente ärztliche Personen mitgeteilt werden (Vertreterregelung). Außerdem bin ich mit der evtl. erforderlichen Weiterleitung von Probenmaterial an spezialisierte medizinische Kooperationslabore einverstanden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in / Betreuer/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel Arzt/Ärztin