

Zentralinstitut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik

**Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß
Gendiagnostikgesetz (GenDG)**

Patientendaten: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Name: Vorname: Geb.: Adresse:	Einsender: Klinik / Station / Ambulanz / Arzt (Stempel / Unterschrift) Ansprechpartner: Tel. / Funk
--	---

Direktor des Instituts
Univ.-Prof. Dr. med. Fritz Boege
Tel.: (0211) 81-18290
Fax.: (0211) 81-18021
Boege@med.uni-duesseldorf.de

Sekretariat
Annette Lottritz
Tel.: (0211) 81-17769
Fax.: (0211) 81-18021
Zentrallabor@med.uni-duesseldorf.de

Ansprechpartner :

 OA Dr. med. Denk Hermesen
 Tel.: (0211) 81-18020
 Fax.: (0211) 81-18013
 Hermesen@med.uni-duesseldorf.de

Dr. rer. nat. Karin Schulze-Bosse
 Tel.: (0211) 81-18092
 Fax.: (0211) 81-18013
 Karin.Schulze-Bosse@med.uni-duesseldorf.de

Leitstelle
 Tel.: (0211) 81-17759
 Fax.: (0211) 81-18013
 Leitstelle.Zentrallabor@med.uni-duesseldorf.de

Angeforderte genetische Untersuchung:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Faktor V Leiden Mutation (G1691A) | |
| <input type="checkbox"/> Prothrombin Mutation (G20210A) | <input type="checkbox"/> diagnostisch |
| <input type="checkbox"/> Morbus Meulengracht | <input type="checkbox"/> prädiktiv / keine Symptome |
| <input type="checkbox"/> sonstige Analyse | |

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann; dieser wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich dokumentieren. Er wird auch dem genannten Labor unverzüglich einen Nachweis des Widerrufs übermitteln.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über ggf. erhobene Neben- und Zufallsbefunde informiert werden, wenn sie hinsichtlich meiner persönlichen Gesundheit und der meiner Blutsverwandten von Relevanz sind.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an sämtliche mitbehandelnden Ärzte / Personen geschickt werden dürfen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden ohne darauf Anspruch zu erheben.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung dokumentiert werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DNA) nicht nach gesetzlicher Vorgabe unverzüglich vernichtet, sondern für spätere genetische Untersuchungen archiviert wird. Sind diese Untersuchungen vollständig abgeschlossen, übereigne ich das verbleibende genetische Material in anonymisierter Form dem untersuchenden Labor zur Qualitätssicherung sowie zu Forschungszwecken.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. aller gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des/der GenDG verantwortlichen Arztes/Ärztin

Name des/der Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben

