

Name, Vorname und Adresse des Versicherten

geb. am

MVZ Medizinisches Labor Celle GmbH
Neumarkt 1
29221 Celle
Tel.: +49 5141 9256-0
info@ml-celle.de
www.ml-celle.de

Einwilligungserklärung

zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bestätige, dass ich von _____ im Hinblick auf die bei (mir) / der von mir vertretenen Person)
(nicht Zutreffendes bitte streichen) durchzuführende nachfolgend näher beschriebene gendiagnostische Untersuchung(en) nach dem
Gendiagnostikgesetz (GenDG)

über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten genetischen Untersuchung(en), die erzielbaren Ergebnisse,
die gesundheitlichen Risiken sowie die vorgesehene Verwendung der genetischen Probe und der Untersuchungsergebnisse **aufgeklärt wurde**.

Zudem bestätige ich, dass

1. mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung eingeräumt wurde.
2. ich mit der/den oben genannte(n) Untersuchung(en) und der erforderlichen Gewinnung der genetischen Probe einverstanden bin.

Ich bestätige, dass ich darüber aufgeklärt wurde und mir bekannt ist, dass ich ein **umfassendes Recht auf Nichtwissen** ausüben kann
und **die Einwilligung außerdem jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann**, die
Untersuchung dann abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Zusätzlich erkläre ich meine Einwilligung (Nichtzutreffendes bitte streichen):

- in die **Aufbewahrung der genetischen Probe** nach Abschluss der genetischen Untersuchung(en), damit das Labor sie ggf. in anonymisierter Form für **Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke** (z. B. statistische Auswertungen) verwenden kann, ohne Anspruch darauf zu erheben.
- in die **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus, damit sie ggf. auch danach in verschlüsselter Form vom Labor für **Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke** verwendet werden können, ohne Anspruch darauf zu erheben.
- in die **Mitteilung ggf. erhobener Zufallsbefunde**, ohne Anspruch darauf zu erheben.
- in die **Weiterleitung des Untersuchungsauftrags** bei Erforderlichkeit an spezialisierte kooperierende Labore.
- in die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse bei Nichterreichen meines behandelnden Arztes, auch an **mitbehandelnde Ärzte der Praxis/Einrichtung oder vertretende Ärzte**.

Inhalt des Aufklärungsgesprächs

Ort, Datum

Unterschrift Patient

(Vertreter)

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Ort, Datum

Unterschrift weitere beteiligte Person*

*bei gendiagnostischer Untersuchung zur Klärung der Abstammung auf Grundlage einer Einwilligung muss diese von allen Beteiligten erklärt werden.