

Patientenerklärung: Humangenetische Beratung

Gemäß Gendiagnostikgesetz ist jeder Patient vor einer genetischen Untersuchung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der Analyse zu informieren:

Name

Geburtsdatum

Beratungsgrund

Arzt/Berater

Hiermit bestätige ich, dass ich entsprechend GenDG humangenetisch beraten wurde. Ich bin über Möglichkeiten von diagnostischen Maßnahmen informiert worden. Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft von möglichen diagnostischen Maßnahmen sind mir erläutert worden.

Unterschrift Patient

Ort / Datum

Einverständnis des Patienten / der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters

(gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der genetischen Untersuchung)

Name: _____

Geburtsdatum _____

Benötigtes Material _____

Genetische Untersuchung _____
Abklärung eines Krankheitsbildes

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit den oben aufgeführten genetischen Analysen nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung bezüglich Zweck, Umfang, Aussagekraft und Tragweite der genetischen Untersuchungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert und ggf. in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden.

Im Folgenden bedeutet ein Nichtankreuzen ein NEIN.

Mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial bin ich einverstanden. **Nein** **Ja**

Mit der Verwendung von Untersuchungsmaterial und Analysedaten für wissenschaftliche Untersuchungen und zur Qualitätssicherung (in anonymisierter Form) bin ich einverstanden. **Nein** **Ja**

Im Rahmen der humangenetischen Untersuchungen kann es vorkommen, dass Nebenbefunde festgestellt werden, welche nicht mit Ihrer Fragestellung bzw. zu untersuchenden Erkrankung in Zusammenhang stehen. Berichtet werden nur die Nebenbefunde, die klar krankheitsverursachend sind und für die präventive oder therapeutische Konsequenzen für Sie oder Ihre Familie bestehen (i. S. der Richtlinien ACMG SF V2.0; Kalia et al., 2017).

Mit der Mitteilung solcher Nebenbefunde bin ich einverstanden. **Nein** **Ja**

Ich bin mit der Befundübermittlung an folgende Ärzte (neben dem Auftraggeber) einverstanden:

Ich bin mit der Befundübermittlung an folgende Faxnummer einverstanden:

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Ort / Datum