

Kopie zurück an:

**Universitätsklinikum Ulm**  
**Sektion Pädiatrische**  
**Endokrinologie und Diabetologie**  
Universitätsklinik  
für Kinder- und Jugendmedizin  
Eythstrasse 24  
89075 Ulm

**Universitätsklinik**  
**für Kinder- und Jugendmedizin**  
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. K.-M. Debatin  
**Sektion Pädiatrische Endokrinologie und**  
**Diabetologie**  
Prof. Dr. M. Wabitsch  
Eythstrasse 24, 89075 Ulm  
Tel.: 0731/500-57401  
**Molekulardiagnostisches Labor**  
Prof. Dr. G. Lahr

## **Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung**

Über Zweck, Umfang, Aussagekraft und Tragweite der geplanten genetischen Untersuchung sowie über meine gesetzlichen Rechte wurde ich von

(Herrn/Frau Dr. med.) \_\_\_\_\_

aufgeklärt. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt.  
Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Ich bin mit der Abnahme von Probenmaterial (u.a. Blutprobe) einverstanden und wünsche folgende Untersuchung/en**

zur Diagnostik folgender Erkrankung/en \_\_\_\_\_

bei mir  bei meinem Kind  bei der von mir betreuten Person \_\_\_\_\_

Das Untersuchungsergebnis ist dem oben genannten Arzt und nachrichtlich

(Herrn/Frau Dr. med.) \_\_\_\_\_ (Abt./Praxis) \_\_\_\_\_  
zur Kenntnis zu geben.

Ich möchte über die Untersuchungsergebnisse informiert werden:  ja  nein

Ich kann jederzeit eine komplette oder teilweise Vernichtung der Untersuchungsergebnisse verlangen.

Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial

- Darf in pseudonymisierter Form für *laborinterne Qualitätssicherung* (Kontrollprobe) und für *wissenschaftliche Zwecke* eingesetzt werden.
- Kann 10 Jahre aufbewahrt werden.  
Eine weitere genetische Untersuchung erfordert einen erneuten Untersuchungsauftrag und meine erneute Einwilligung.
- Soll nach Abschluss der o.g. Untersuchungen vernichtet werden.

Ich bin berechtigt diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich zu widerrufen, ohne dass mir Nachteile hieraus entstehen.

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

Patient, gesetzlicher Vertreter (Name, Vorname, Geb. Datum): \_\_\_\_\_

(ggf. Patientenaufkleber)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift des verantwortlichen Arztes: \_\_\_\_\_

Das Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (**Gendiagnostikgesetz – GenDG**) schreibt vor, dass genetische Analysen nur nach Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung der zu untersuchenden Person bzw. des Erziehungsberechtigten durchgeführt werden dürfen. Ferner muss der verantwortliche (=anfordernde) über die Bedeutung dieser Diagnostik ausführlich aufklären. Bei auffälligem Befund muss eine fachlich qualifizierte genetische Beratung angeboten werden. Vor und nach vorgeburtlicher oder prädiktiver (vorhersagender) Diagnostik muss eine genetische Beratung erfolgen.

Verteiler: **Original**: Krankenakte beim verantwortlichen Arzt. **Kopie** an das beauftragte Labor

Gültig ab: 26.04.2010