

Eine Kopie der Einverständniserklärung mit Untersuchungsauftrag und Probenmaterial zurück an:

Molekulardiagnostische Labor
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Prof. Dr. G. Lahr
Eythstrasse 24
D-89075 Ulm
Germany

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. K.-M. Debatin

**Diagnostische Laboratorien der Universitätsklinik für
Kinder- und Jugendmedizin**

Molekulardiagnostisches Labor

Prof. Dr. G. Lahr

Eythstrasse 24 D-89075 Ulm

Telefon: (07 31) 500 - 57234

Telefax: (07 31) 500 - 67 594

e-mail: georgia.lahr@uniklinik-ulm.de

www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendmedizin.html



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 (z. B. Blutprobe) einverstanden und wünsche folg. Untersuchung/en:

.....
(z.B. Analyse des Gens/der Gene: *CICn7*, *GCK*, ...)

zur Diagnostik folgender Erkrankung/en:

.....
(z.B. Osteopetrose, MODY2-Diabetes, ...)

bei mir bei meinem Kind bei der von mir betreuten Person:

Das Untersuchungsergebnis soll dem oben genannten Arzt, ggf. mitbetreuenden Ärzten des Universitätsklinikums Ulm und nachrichtlich folgendem Arzt mitgeteilt werden:

Herrn/Frau Dr. med.:

Abt./Praxis:

Meine Untersuchungsergebnisse und -unterlagen werden am Universitätsklinikum Ulm über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus im Rahmen der üblichen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen aufbewahrt. Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann, ohne dass mir Nachteile hieraus entstehen. Ich kann jederzeit eine komplette oder teilweise Vernichtung der Untersuchungsergebnisse verlangen. Eine weitere genetische Untersuchung erfordert einen erneuten Untersuchungsauftrag und meine erneute Einwilligung.

Ich möchte über die Untersuchungsergebnisse informiert werden: ja nein

Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial

Darf in pseudonymisierter Form zur *laborinternen Qualitätssicherung* (Kontrollprobe) und für *wissenschaftliche Zwecke* eingesetzt werden.

Soll nach Abschluss der o.g. Untersuchungen vernichtet werden.

Ort, Datum:

.....
Patient, gesetzlicher Vertreter (Name, Vorname, Geb. Datum)

MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH FERNER, DASS MIR EINE KOPIE DIESER EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG AUSGEHÄNDIGT WURDE.

.....
Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters

(ggf. Patientenkleber)

.....
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 gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden dürfen. Ferner muss der verantwortliche (=anfordernde) Arzt über die Bedeutung der 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. **Kopie** an Patient/gesetzl. Vertreter.