

Patient/Patientin (Ratsuchender/Ratsuchende) (Etikett)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ andere

Anschrift:

Untersuchungsmaterial:

☐ 0.5. – 1 ml EDTA-Blut (bei Z.n. Knochenmark-Transplantation ggf. ungeeignet, bitte Rücksprache)

☐ Mundschleimhautabstrich

☐ DNA _____ µg (mind. 5 µg DNA, Konz. ≥50 ng/µl)

☐ andere:

Entnahmedatum:

(falls abweichend von Aufklärungsdatum)

¹SSW: Aktuelle Schwangerschaftswoche
²ET: Errechneter Entbindungstermin
³LP: 1. Tag der letzten Periode

Ethnische Herkunft: ☐ deutsch ☐ andere:

Schwangerschaft: ☐ ja ☐ nein ☐ Angehörige; falls ja: SSW¹: ET²/LP³:

Vorgeburtliche Untersuchung: ☐ ja ☐ nein SSW¹/ET² korrigiert? ☐ ja ☐ nein

Ratsuchende(r) selbst erkrankt? ☐ ja ☐ nein

Wurde der/die Ratsuchende selbst oder Angehörige untersucht?

☐ Ratsuchende(r) selbst

☐ Verwandte ☐ Partner(in) Name:

Verwandtschaftsgrad/Linie (mütter- oder väterlicherseits):

(z.B. Onkel mütterlicherseits/ms) Bitte genetische Vorbefunde angeben/beilegen

Kostenträger

☐ Privatpatient (GOÄ-Rechnung an Ratsuchende(n) vollständige Anschrift erforderlich)

☐ Selbstzahler (GOÄ-Rechnung an Ratsuchende(n) vollständige Anschrift erforderlich)

☐ Kassenpatient stationär (Rechnung an Klinik)

☐ Kassenpatient ambulant: **Labor-Überweisungsschein Muster 10 erforderlich** (Budgetrelevante Untersuchungen sind mit einem *gekennzeichnet)

Gewünschte Untersuchung:

(Bitte alle gewünschten Untersuchungen angeben! z.B. V.a. erblichen Brustkrebs (Paneldiagnostik inklusive BRCA1, BRCA2, RAD51C, CHEK2, PALB2))

Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz durch den/die verantwortliche(n) Arzt/Ärztin und unter Kenntnis meines Widerrufsrechts bin ich mit der Durchführung der o.g. Untersuchung und der hierfür erforderlichen Probenentnahme bei mir / bei meinem Kind/ Schutzbefohlenen einverstanden.

Ich wurde darüber aufgeklärt und bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufzeichnet, ausgewertet und ggf. in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden. Ich stimme zu, dass die Untersuchung, sofern erforderlich, vollständig oder teilweise an ein ausführendes Auftragslabor weitergeleitet wird. Meine Daten dürfen elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Weitere Informationen zum Datenschutz sind unter <https://www.labor-brunner.de/datenschutz/> verfügbar.

Laut GenDG darf der Befund nur an den/die verantwortliche(n) Arzt/Ärztin übermittelt werden. Um meine ärztliche Versorgung zu erleichtern, bin ich mit **der zusätzlichen Übermittlung meines Befundes an meinen überweisenden Arzt einverstanden.** Bei Anforderung über eine Einrichtung (z.B. Klinikambulanz, Praxis), in der mehrere Ärzte/Ärztinnen zur Patientenversorgung eingesetzt werden, **erlaube ich ausdrücklich, dass in Vertretung auch andere Ärzte/Ärztinnen und medizinisches Personal (außer der verantwortlichen ärztlichen Person) aus dieser Einrichtung meinen Befund erhalten dürfen, um eine zügige Bearbeitung zu ermöglichen.** Ferner wünsche ich, dass der Befund **auch per Digitaler Fernübertragung (DFÜ) übermittelt wird** (Bitte Absatz streichen, falls nicht gewünscht).

Folgende mitbehandelnde Ärzte/Ärztinnen sollen meinen Befund ebenfalls erhalten dürfen:

Sofern die Untersuchung nicht im Labor Dr. Brunner selbst durchgeführt werden kann und an Auftragslabore weitergeleitet werden muss, bin ich damit einverstanden, dass alle an der Untersuchung beteiligten Labore meine(n) Befund(e) erhalten und weiterbearbeiten dürfen.

Ferner erkläre ich mich mit folgenden Punkten einverstanden:

Das Untersuchungsergebnis darf für die Untersuchung und Beratung von Angehörigen verwendet werden. ☐ Nein

Die Unterlagen zur Untersuchung und die Untersuchungsergebnisse dürfen über die gesetzliche Frist (10 Jahre) hinaus aufgehoben werden. ☐ Nein

Das Untersuchungsmaterial darf auch nach der Untersuchung für ggf. spätere Nachforderungen und die Qualitätssicherung aufgehoben werden. ☐ Nein

Die Ergebnisse und das Untersuchungsmaterial dürfen in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden. ☐ Nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mündlich oder schriftlich und ohne Angabe von Gründen vollständig oder in Teilen widerrufen kann, ohne, dass mir dadurch ein Nachteil entsteht. Einschränkungen hieraus ergeben sich nur für bereits mitgeteilte Befunde.

Gelegentlich werden bei genetischen Untersuchungen Veränderungen in Genen nachgewiesen, für die kein nachweisbarer Zusammenhang zur eigentlichen Fragestellung besteht (Zusatzbefunde). Zusatzbefunde werden nur mitgeteilt, sofern sich hieraus gesundheitliche Konsequenzen für Sie oder Ihre Familie ergeben könnten und ein geeignetes Therapiekonzept zur Verfügung steht. Es besteht kein Anspruch auf eine vollständige Untersuchung dieser Gene. Ergeben sich keine Zusatzbefunde bei einer Untersuchung, so ist das nicht mit einem Ausschluss entsprechender Risiken gleichzusetzen (s. hierzu auch Kalia et al, Genet Med 2017).

Über Zusatzbefunde möchte ich

☐ **informiert werden** (wird keine Auswahl getroffen, werden eventuelle Zusatzbefunde nicht mitgeteilt)

Sofern der Patient/die Patientin dieses Einverständniserklärungsformular nicht unterschrieben hat: Als behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin bestätige ich, den Patienten gem. GenDG über die genetische Untersuchung aufgeklärt zu haben und dass mir das Einverständnis des Patienten/der Patientin schriftlich vorliegt.

Prädiktive Diagnostik darf gemäß GenDG nur durch Fachärzte/-innen für Humangenetik oder andere Ärzte/-innen, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebiets qualifiziert haben, beauftragt werden (GenDG, §7,1). Für den Fall einer prädiktiven Untersuchung: Hiermit bestätige ich **als behandelnde(r) Arzt/Ärztin, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise**, um eine prädiktive bzw. präsymptomatische Diagnostik anzufordern.

Verantwortlicher Arzt/Ärztin (Druckschrift)

Datum, Unterschrift

Stempel/Adresse

Ratsuchende(r)/Patienten(in)/gesetzliche(r) Vertreter(in) (Druckschrift)

Datum, Unterschrift