

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Geschlecht weiblich männlich divers unbestimmt unbekannt



**PATHOLOGIE
TRIER**

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



Deutsche
Akreditierungsstelle

D-S-21311-01-00

Untersuchungsmaterial

EDTA-Blut

Auftrag / Indikation – Diagnose / Verdacht

Diagnostik im BRCA1-, BRCA2-Gen

Einwilligung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) und der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern/Sorgeberechtigte,

Nach Vorgabe des GenDG darf die Untersuchung nur mit Ihrer Einwilligung durchgeführt werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass

- Sie von Ihrem behandelnden Arzt über Aussagen und Konsequenzen der o.g. genetischen Untersuchung umfassend aufgeklärt wurden und Sie diese Erklärung verstanden haben.
- Sie im o.g. Aufklärungsgespräch alle Sie interessierenden Fragen stellen konnten und diese Ihnen vollständig und verständlich beantwortet wurden.
- Sie vor der Einwilligung ausreichend Bedenkezeit zur Entscheidung für die geplanten Untersuchungen hatten.
- Ihnen bekannt ist, dass Sie die Zustimmung jederzeit widerrufen und die Untersuchung abbrechen können (Recht auf Nichtwissen).
- Sie mit der Entnahme und Verwendung des Probenmaterials für o.g. genetische Untersuchung einverstanden sind.
- Alle Angaben, die Sie gemacht haben sowie alle Ergebnisse der Untersuchung, der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) unterliegen und ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen. Sie können diese Einwilligung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

JA

NEIN

Ich erkläre mich einverstanden mit

- der Aufbewahrung des aus dem Probenmaterial gewonnenen Untersuchungsguts für weiterführende Untersuchungen zur Diagnosefindung, eventuellen Überprüfung der Ergebnisse oder Qualitätssicherung.
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren.
- der Befundmitteilung an meinen behandelnden Arzt bzw. weitere Ärzte.
- der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern, sowie der späteren Weitergabe der Befunde an folgende Familienmitglieder, falls ärztlich wichtig: _____
- der Aufbewahrung, Eintragung und Verwendung des Untersuchungsmaterials und dessen Ergebnisse in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken.

JA

NEIN

Weiterführende Informationen oder Literatur erhalten Sie jederzeit gerne per Telefon, Mail oder Post.