



Name, Vorname des Versicherten			geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK. Gültig bis	Datum	

Auftrag vom:

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung des Patienten bzw. seines Vertreters ist unbedingte Voraussetzung für die Durchführung der genetischen Untersuchung. Nähere Informationen zum GenDG finden Sie unter: www.medlab-oldenburg.de/service/gendiagnostikgesetz/

Patient/in

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

gewünschte genetische Untersuchung:

Ich wurde über Zweck, Art, Umfang Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten genetischen Untersuchung, die erzielbaren Ergebnisse, die gesundheitlichen Risiken, die vorgesehene Verwendung der genetischen Probe sowie der Untersuchungsergebnisse sowie mein Recht auf Widerruf der Einwilligung und mein Recht auf Nichtwissen **aufgeklärt und bestätige, dass:**

- (1) mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die obengenannte Untersuchung eingeräumt wurde.
- (2) ich mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden bin.

Zusätzlich erkläre ich meine Einwilligung:

- in die **Aufbewahrung der genetischen Probe** nach Abschluss der genetischen Untersuchung(en), damit das Labor sie ggf. in anonymisierter Form für Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke (z. B. statistische Auswertungen) verwenden kann, ohne Anspruch darauf zu erheben.
- in die **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus, damit sie ggf. auch danach in verschlüsselter Form vom Labor für **Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke** verwendet werden können, ohne Anspruch darauf zu erheben.
- in die **Mitteilung ggf. erhobener Zufallsbefunde**, ohne Anspruch darauf zu erheben.
- in die **Weiterleitung des Untersuchungsauftrags** bei Erforderlichkeit an spezialisierte kooperierende Labore.
- in Mitteilung der Untersuchungsergebnisse bei Nichterreichbarkeit meiner(es) behandelnden Ärztin/Arztes auch an **mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte der Praxis/Einrichtung oder vertretende Ärztinnen/Ärzte**, wenn anderenfalls eine Verzögerung der Ergebnismitteilung einträte, die für mich unzumutbar oder mit medizinischen Nachteilen verbunden wäre.

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum

Unterschrift Patient (gesetzlicher Vertreter)

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Ort, Datum

Unterschrift weiterer beteiligter Personen*

* bei gendiagnostischer Untersuchung zur Klärung der Abstammung auf Grundlage einer Einwilligung muss diese von allen Beteiligten erklärt werden.