Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.:	Versicherten-Nr.:	Datum
Betriebsstätten-Nr.:	Arzt-Nr.:	Datum

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
Labor Dr. Quade & Kollegen GmbH
Aachener Straße 338 - 50933 Köln-Braunsfeld - Tel. 0221 - 940 564 0 - Fax: 0221 940 564 60
homepage: www.lab-quade.de, Email: info@lab-quade.de

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung

Hinweis: Anforderungen ohne Einwilligungserklärung können nicht bearbeitet werden!

Die Information gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) zur Aufklärung/genetischen Beratung vor/nach genetischen Untersuchungen habe ich zur Kenntnis genommen. Über die genetischen Grundlagen sowie die Aussagemöglichkeiten und –grenzen der Diagnostik bin ich ärztlich umfassend aufgeklärt worden.

Ich bin damit einverstanden, dass bei
^ mir selbst ^ meinem minderjährigen Kind ^ der von mir betreuten Person
im Hinblick auf die folgende Erkrankung/ Störung/ Diagnose eine genetische Untersuchung an der/den Blut- bzw. Gewebeprobe/n durchgeführt wird:

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein Kooperationslabor bin ich einverstanden: ^ ja ^ nein

Mir ist bekannt, dass das durchführende Labor die Untersuchungsergebnisse bzw. das Gutachten nur an die/den mich beratenden Fachärztin/ Facharzt und zusätzlich an die nachfolgend aufgeführte/n Ärzt/innn bzw. Institutionen übermitteln darf:

Bitte Name(n) und Anschrift(en) leserlich eintragen.

Die Ergebnisse/Befunde der Untersuchung(en) sollen nach 10 Jahren vernichtet werden: ^ ja ^ nein

Die Probe/n soll/en
^ unmittelbar nach der diagnostischen Untersuchung vernichtet werden.
^ für ggf. weitere diagnostische Untersuchungen ohne zeitliche Befristung aufbewahrt werden (z. B. Pränataldiagnostik, Familienuntersuchungen)

Ich bin mit einer eventuellen Verwendung von verschlüsseltem (nicht namentlich gekennzeichnetem) überschüssigem Probenmaterial für wissenschaftliche Fragestellungen oder zum Zwecke der Lehre bzw. zur allgemeinen Qualitätssicherung einverstanden. ^ ja ^ nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich mein Einverständnis jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise schriftlich zurückziehen kann. Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung meines Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Ort, Datum — Unterschrift der Patientin/des Patienten/des (gesetzlichen) Vertreters

Beratender Facharzt gemäß GenDG

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden

Ort, Datum — Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person/ Praxisstempel