



CML paed Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz

Formular

CMLpaed

Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters ist unbedingte Voraussetzung für die Durchführung der genetischen Untersuchung.

Patient(in):	Behandelnde Klinik:
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Ich habe in dem persönlichen Gespräch mit _____ (Name des Arztes/der Ärztin, der das Aufklärungsgespräch geführt hat) eine umfassende Aufklärung über Wesen, Bedeutung und Tragweite von genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten. Der wesentliche Inhalt dieser Aufklärung ist in einer schriftlichen Erklärung dokumentiert. Dieses Schriftstück habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Mit meiner Unterschrift erteile ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung / Störung / Diagnose chronisch myeloische Leukämie (CML) notwendig sind, sowie zu den dafür erforderlichen Probenentnahmen.

Ich bin damit einverstanden dass die Befunde der Analyse(n) an weitere Ärzte / Personen geschickt werden:
Frau/Herrn Dr.

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen

(Bitte entsprechend ankreuzen)

Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor einverstanden.	Ja ☐	Nein ☐
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	Ja ☐	Nein ☐
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden.	Ja ☐	Nein ☐
Ich wünsche die Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und -Unterlagen über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus.	Ja ☐	Nein ☐
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.	Ja ☐	Nein ☐
Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird. Dazu überlasse ich das Untersuchungsmaterial dem Universitätsklinikum Erlangen.	Ja ☐	Nein ☐

Diese Einwilligungserklärung kann ich ohne Angabe von Gründen jederzeit ganz oder in Teilen durch schriftliche oder mündliche Erklärung gegenüber dem Humangenetischen Institut widerrufen. Der Widerruf wird erst zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem er dem Humangenetischen Institut zugeht.

Ort, Datum Unterschrift Patient(in)/gesetzliche(r) Vertreter Aufklärender Arzt