

SYNLAB MVZ Leinfelden-Echterdingen GmbH
Labor Dr. Bayer
Nikolaus-Otto-Straße 6
D-70771 Leinfelden-Echterdingen

Patientenname

Geburtsdatum

Fax +49 711 16418 18

Einwilligungserklärung zur molekulargenetischen Untersuchung

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt. Hiermit gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Untersuchungen bei folgender Indikation:

bei mir bzw. meinem Kind

Aufbewahrung der Probe

Das Gendiagnostikgesetz sieht eine Vernichtung der genetischen Proben nach Befunderstellung vor. Um eine Nachprüfung der Ergebnisse sicherstellen zu können, werden die genetischen Proben über einen angemessenen Zeitraum (i. d. R. 2 Wochen) aufbewahrt und dann verworfen.

- Ich betrachte den vom Gesetz vorgegebenen Zeitraum zur Aufbewahrung der Probe als ausreichend.
- Ich wünsche eine längere Aufbewahrungsdauer der Probe.

Verwendung der Probe

- Ich erlaube die Verwendung meiner Probe ausschließlich für die hier angeforderten Untersuchungen.
- Ich stimme einer Verwendung meiner anonymisierten Probe für Qualitätssicherungsmaßnahmen bzw. für wissenschaftliche Zwecke zu.

Aufbewahrung der Ergebnisse

Das Gendiagnostikgesetz sieht eine Vernichtung des Befundes nach einer Aufbewahrungszeit von 10 Jahren vor. Die Ergebnisse könnten aber für die genetische Beratung Ihrer Nachkommen oder anderer Verwandten auch nach diesem Zeitraum von Bedeutung sein.

- Ich betrachte den vom Gesetz vorgegebenen Zeitraum zur Aufbewahrung der Ergebnisse als ausreichend.
- Ich wünsche eine längere Aufbewahrungsdauer der Ergebnisse.

Es steht mir frei, diese Einwilligung über die verantwortliche ärztliche Person jederzeit ohne Angabe von Gründen teilweise oder ganz zu widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden mir gemäß dem Deutschen Gendiagnostikgesetz nur über meinen verantwortlichen Arzt mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Unterschrift + Stempel des aufklärenden Arztes