



Name (Pat.): .....  
Vorname (Pat.): .....  
Geschlecht:  m  w  
Geburtsdatum: .....  
Straße: .....  
PLZ, Wohnort: .....  
Telefon: .....

Auftrag

Untersuchungsmaterial

- Fruchtwasser  Nabelschnurblut  
 Chorionzotten  Blut der Mutter

Einsender (Stempel) – Unterschrift

Weitere Befundempfänger

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG für die Durchführung einer **pränatalen** genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) für **PRIVATPATIENTEN**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie nach Aufklärung und gegebenenfalls genetischer Basisberatung und in Kenntnis Ihres schriftlichen Widerrufsrechts Ihr Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und die dafür erforderliche Blut- bzw. Gewebeeentnahme. Das Material wird zur Untersuchung an die Praxis für Humangenetik in Bremen weitergeleitet. Das untersuchende Labor darf dieses Material zum Zweck der Untersuchung des AFP und ACHE und im Falle einer molekulargenetischen Untersuchung des Feten an ein anderes Labor weiterleiten.

### Mit Ihrer nachstehenden Unterschrift bestätigen Sie, dass

- Sie von Ihrem behandelnden Arzt/Ihrer behandelnden Ärztin über Aussagekraft und Konsequenzen der unten genannten Untersuchung aufgeklärt wurden,
- Ihnen ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die unten genannte Untersuchung eingeräumt wurde,
- Sie die Einwilligung jederzeit widerrufen können, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird,
- Sie mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden sind,
- Sie bei einem unauffälligen Befund auf eine genetische Beratung verzichten,
- im besonderen Einzelfall ein schneller Versand von Probenmaterial notwendig sein kann. In diesem Fall sind Sie mit der Versendung über den TNT Express Dienst einverstanden und übernehmen die Kosten.

Untersuchung bitte einfügen .....

Das GenDG schreibt eine **sofortige Vernichtung des Probenmaterials** nach der Untersuchung vor. Für eine längere Probenaufbewahrung (z. B. bei Stufendiagnostik) muss Ihr **ausdrückliches Einverständnis schriftlich vorliegen**. Gleiches gilt, wenn die Untersuchungsergebnisse länger als die gesetzlich vorgeschriebenen 10 Jahre aufbewahrt werden sollen (z. B. für Familienuntersuchungen von vererbten Erkrankungen). Die Weiterleitung des Untersuchungsauftrags ist ebenfalls **zustimmungspflichtig**. Auch eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an Dritte (z. B. mitbehandelnde Ärzte/Ärztinnen, Angehörige) erfolgt nur **mit Ihrer Zustimmung**. **Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben und die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht, von der nur Sie uns schriftlich entbinden können.**

**Aufbewahrung** des Probenmaterials zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführender genetischer Untersuchungen zur Diagnosefindung  einverstanden  nicht einverstanden

**Aufbewahrung** des Probenmaterials für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke (nicht Zutreffendes bitte streichen)  einverstanden  nicht einverstanden

**Aufbewahrung** der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus  einverstanden  nicht einverstanden

**Weiterleitung** des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor  einverstanden  nicht einverstanden

**Mitteilung** der Untersuchungsergebnisse an Ihre mitbehandelnden Ärzte/mitbehandelnden Ärztinnen (z. B. humangenetische Beratungsstellen, medizinische Kooperationseinrichtungen)  einverstanden  nicht einverstanden

Die hier getroffenen Aussagen können jederzeit schriftlich widerrufen werden.

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die entstehenden Kosten nach Abschluss der Beratung und evtl. Diagnostik mit mir persönlich abgerechnet werden.**

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Unterschrift behandelnde(r) verantwortliche(r) Ärztin/Arzt