



Einwilligung

zur genetischen Analyse, zur Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial und Befunden und zur Mitteilung der Untersuchungsergebnisse

Name, Vorname des Versicherten:

geb. am:

Barcode

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Abnahmedatum: _____

Pflichtangabe:

Untersuchungsindikation: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass von mir entnommenes Blut, Fruchtwasser oder andere von mir entnommene Gewebeproben auf genetische Veränderungen (Mutationen) untersucht werden. Ich bin in einem Beratungsgespräch über Zweck, Art, Risiken, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung aufgeklärt worden. Die sich für mich aus den Ergebnissen der genetischen Untersuchung ergebenden Konsequenzen wurden ausführlich erläutert.

Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden nur mit meiner Zustimmung an Dritte weitergegeben.

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe genutzt werden darf und wie Sie über die Untersuchungsergebnisse informiert werden wollen. Nachdem die folgenden Fragen ausführlich mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie diese bitte durch Ankreuzen von **Ja** oder **Nein**:

Ich möchte über das Ergebnis der Untersuchung informiert werden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ich stimme einer Weitergabe meiner Untersuchungsergebnisse an meine behandelnden Ärzte zu.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ich bin mit der weiteren Aufbewahrung der genetischen Probe nach Abschluss der Untersuchung (z. B. für weiterführende Diagnostik, Nachprüfbarkeit der Ergebnisse) einverstanden. Die aufbewahrte Probe wird nur bei erneutem Untersuchungsauftrag und erneuter Einwilligung verwendet.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ich verzichte auf die Vernichtung meiner Unterlagen nach Ablauf von 10 Jahren.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Probenmaterial anonym auch für genetische Forschungszwecke (z. B. Kontrollproben) verwendet werden darf.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Die Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten/Betreuers

Für Patienten mit einer Privatversicherung:

Ich bin damit einverstanden, dass mir für die angeforderte Untersuchung eine Rechnung der Bioscientia MVZ Labor Saar GmbH bzw. einer von ihr beauftragten Abrechnungsstelle zugehen wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten/Betreuers