

## Patienteneinwilligung zur genetischen Beratung vor/nach genetischen Analysen gemäß GenDG

Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung  Tel.: / FAX: email: Internet: http://www.	Angaben zum Patienten Name: ..... Vorname: ..... geb.: ..... Tel.: ..... Straße ..... PLZ ..... Ort .....
--	---

**Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:**

- Das Informationsblatt zur genetischen Beratung gemäß GenDG habe ich gelesen, verstanden und eine Kopie davon erhalten.  ja  nein
- Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde von ggf. aus dieser Beratung resultierenden Untersuchungen geschickt werden an: Frau / Herrn Dr.:.....  
 Frau/Herrn:.....
- Der Gesetzgeber schreibt vor, dass Ihre personenbezogenen Daten und medizinischen Ergebnisse / Befunde nach 10 Jahren vollständig vernichtet werden müssen. Diese Informationen können jedoch auch danach noch für Sie oder Ihre Angehörigen (z.B. für Ihre Kinder) von großer Bedeutung sein. Mit Ihrer Einwilligung dürfen wir diese Daten auch über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahren. Sind Sie damit einverstanden, dass die für Sie oder Ihre Angehörigen relevanten Informationen bis zu 30 Jahre aufbewahrt und erst dann vernichtet werden?  ja  nein
- Ich bin einverstanden, dass erhobene Daten / Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.  ja  nein
- Sollte die o.g. Fragestellung auch für meine Verwandten (ersten und zweiten Grades) relevant sein, dürfen die über meine Person erhobenen Ergebnisse in dem Umfang für die Beratung / Untersuchung meiner Verwandten genutzt werden, wie dies zur Klärung von deren Fragestellung unabdingbar ist.  ja  nein
- Ich wünsche zusätzlich eine fachärztliche genetische Beratung (ausführliche genetische Beratung durch einen Facharzt/Fachärztin für Humangenetik) zur Abklärung folgender Fragestellung(en):.....  
 .....  ja  nein
- Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen).

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

### Bestätigung über erfolgte Aufklärung / genetische Beratung

Über die in Frage stehende Erkrankung / Störung / Diagnose.....  
 .....  
 deren genetische Grundlage(n), die Möglichkeiten der Vorbeugung / Vermeidung / Behandlung sowie Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft einer möglichen genetischen Diagnostik einschließlich der ggf. mit einer notwendigen Probenentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend beraten worden.  ja  nein  
 Ich habe **derzeit** keinen weiteren Beratungsbedarf.

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten/des (gesetzlichen) Vertreters*	Bei Vertreter: Name, Anschrift
------------	---	--------------------------------

### Verzichtserklärung (Dokumentation nur bei prädiktiven und pränatalen Untersuchungen nötig)

Ich lehne die mir angebotene genetische Beratung nach Aushändigung einer schriftlichen Information über die Beratungsinhalte ab.

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin /des Patienten /des (gesetzlichen) Vertreters	Bei Vertreter: Name, Anschrift
------------	--	--------------------------------

### Dokumentation für den Arzt (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Anamnestische Besonderheiten.....
- Es besteht Indikation zur genetischen Diagnostik  nein  ja, hinsichtlich.....
- Es besteht Indikation zur fachärztlichen genetischen Beratung durch einen Facharzt/Fachärztin für Humangenetik:  nein  ja, zur Abklärung.....

Ort, Datum ..... Unterschrift des gemäß GenDG beratenden Facharztes