

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):	Weitere Personen:
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Ich habe eine ausführliche Aufklärung (und ggf. zusätzlich spezielle Aufklärungen) zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung / Störung / Diagnose

.....

notwendig sind, sowie zu der dafür erforderlichen Probenentnahme (z.B. Blut, Fruchtwasser, Gewebe). Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

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

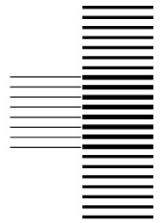
Frau/Herrn Dr.....

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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung der chronisch myeloischen Leukämie verwendet wird. Dazu überlasse ich das Untersuchungsmaterial dem pädiatrischem Forschungslabor der Kinder- und Jugendklinik Erlangen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und -Unterlagen über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.



Einwilligung des Patienten:

- Patient:** Ich erteile meine Einwilligung zur Teilnahme am CML-paed II Register.

Patient (Name, Vorname)

Unterschrift

Ort, Datum (eigenhändig)

Einwilligung der/des gesetzlichen Vertreter(s):

- Beide Elternteile sorgeberechtigt:** Wir versichern, sorgeberechtigt zu sein und erteilen unsere Einwilligung zur Teilnahme am CML-paed II Register.

Mutter (Name, Vorname)

Unterschrift

Ort, Datum (eigenhändig)

Vater (Name, Vorname)

Unterschrift

Ort, Datum (eigenhändig)

- Ein Elternteil sorgeberechtigt:** Ich versichere, dass ich allein sorgeberechtigt bin, und erteile die Einwilligung zur Teilnahme am CML-paed II Register.

Sorgeberechtigte(r) (Name, Vorname)

Unterschrift

Ort, Datum (eigenhändig)

- Sorgeberechtigt: Vormund/Pfleger:** Ich versichere als _____ eingesetzt zu sein und erteile meine Einwilligung zur Teilnahme am CML-paed II Register.

Sorgeberechtigte(r) (Name, Vorname)

Unterschrift

Ort, Datum (eigenhändig)

Aufklärende(r) Ärztin/Arzt:

Name, Vorname

Unterschrift

Ort, Datum (eigenhändig)