Klinik und Poliklinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie

Prof. Dr. Stefan Rutkowski
Direktor

Zentrum für Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Genetisches Labor
Gebäude Nord 21, 1. Stock
Telefon: +49 (0) 40 7410-54270
Fax: +49 (0) 40 7410-54601
pho@uke.de
www.uke.de/kinderonko

2.3.19 Anlage 01 Version 06

Angaben zur Patientin / zum Patienten *

....
Nachname: Vorname:

....
geb.: Tel.:

.....
Straße

....
PLZ Ort

Veranlassende ärztliche Person:

é é é é é é é é é é é é é é é .....
Name in Blockschrift*

é é é .....
Unterschrift*

Stempel der Einrichtung*

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG

Bitte beachten Sie: die mit Sternchen (*) versehenen Angaben werden vom Gendiagnostikgesetz (GenDG) explizit gefordert! Sollte eine dieser Angaben fehlen, darf mit der molekulargenetischen Diagnostik nicht begonnen werden.

Das GenDG fordert für alle genetischen Analysen verbindlich:

- eine schriftliche Einwilligung der Ratsuchenden (dieses Formblatt) nach ausführlicher Aufklärung
- eine genetische Beratung vor dem Beginn vorgeburtlicher und prädiktiver (vorhersagender) Analysen

Lesen Sie bitte diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und klären Sie die u. g. Sachverhalte ggf. mithilfe Ihres Arztes!

Mit meiner Unterschrift (Seite 2) gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen und den dafür erforderlichen Blut- / Gewebeentnahmen, die zur diagnostischen Abklärung der genannten Erkrankung / Fragestellung notwendig sind.

Erkrankung / Fragestellung *: é .

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen vom veranlassenden Arzt an die folgenden Ärzte / Ärztinnen / Personen weitergeleitet werden dürfen: é é é

- Ich habe diese allgemeine schriftliche Aufklärung (und ggf. zusätzlich spezielle schriftliche Aufklärungen) zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten, gelesen und verstanden.
- Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.
- 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).
- Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials inkl. aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

é é é é é é é é é é é é é .. é .....

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

<u>Genetische Analysen bei Minderjährigen</u>:

Bitte beachten Sie, dass für genetische Analysen, welche bei Minderjährigen durchgeführt werden, die Unterschriften <u>beider Sorgeberechtigter</u> erforderlich sind.

é é é é é é é é é é é é é é .. é é é é é é é é é é é é é é .. é é é é é é é é é é é é é é ..

Ort, Datum * **Unterschrift der Mutter *** **Unterschrift des Vaters ***

(Sollten Sie das **alleinige Sorgerecht** haben, vermerken Sie dies bitte neben Ihrer Unterschrift)

© UKE 2016