

Prof. Dr. med. F. Raue
PD Dr. med. Karin Frank Raue
Innere Medizin – Endokrinologie
Molekulargenetisches Labor
Im Weiher 12
69121 Heidelberg
 Telefon 06221/658883
 Telefax 06221/658884
 E-mail: Egbert.Schulze@raue-endokrinologie.de
<http://www.raue-endokrinologie.de>

Einsender:
(Stempel)

Probendatum: _____

 Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen
 ärztlichen Person

Untersuchungsindikation / Diagnose: _____

Einverständniserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß von mir bzw. meinem Kind entnommenes Blut und/oder Gewebe auf genetische Veränderungen (Mutationen) bezogen auf die angegebene Untersuchungsindikation/Diagnose untersucht wird. Ich bin in einem Beratungsgespräch über Zweck, Art, 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 und werden ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben.

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe genutzt werden darf und beantworten Sie die nachfolgenden Fragen bitte durch Einkreisen von **Ja** oder **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.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Probenmaterial anonym auch für genetische Forschungszwecke (z.B. Kontrollproben) verwendet werden darf.

Ja Nein

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ebenfalls kann ich jederzeit entscheiden, ob mir die Untersuchungsergebnisse mitgeteilt werden, bzw. vernichtet werden sollen (Recht auf Nichtwissen).

Ort/Datum: _____

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter: _____

Für Patienten mit einer Privatversicherung:

Ich bin damit einverstanden, dass mir für die angeforderte Untersuchung eine Rechnung des Molekulargenetischen Labors Prof. Raue und Koll. zugehen wird.

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter