

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG VON GENTESTS

Zweck eines Gentests ist es, Ihr Genmaterial (DNA) mithilfe einer molekulargenetischen Methode zu untersuchen, die in der Lage ist, die bei Ihnen oder Ihren Familienangehörigen aufgetretene oder vermutete Krankheit auf Grundlage von Veränderungen (Mutationen genannt) zu erkennen

Aussagekraft der Ergebnisse:

Sollte ein für eine Krankheit charakteristisches Ergebnis erhalten werden, ist dieses Ergebnis normalerweise sehr aussagekräftig. Sollte keine krankheitsverursachende Mutation gefunden werden, könnten genetische Veränderungen, die für die Krankheit verantwortlich sind, nach wie vor vorhanden sein. Eine genetische Krankheit oder Tendenz zur Entwicklung einer Krankheit kann daher normalerweise nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Manchmal können Genvarianten nachgewiesen werden, ihre Aussagekraft allerdings unklar sein. Dies wird in den Ergebnissen angeführt und mit Ihnen besprochen. Eine umfassende Erklärung aller möglichen Ursachen einer Krankheit aufgrund genetischer Ursachen ist nicht möglich. Es ist auch nicht möglich, jedes Krankheitsrisiko für Sie selbst oder Ihre Familienmitglieder (insbesondere Ihre Kinder) durch genetische Analysen auszuschließen. Das Erfahren der Ergebnisse kann psychischen Stress verursachen. Darum werden die Ergebnisse ausschließlich Ihrem behandelnden Arzt mitgeteilt um Fehlinterpretationen auszuschließen.

Verwendung der Proben/Ergebnisse:

Die Proben und die Testergebnisse werden zur Analyse und im Einklang mit Ihrer unten aufgeführten Einwilligungserklärung benutzt. Jeder nicht verwendete Teil Ihrer Originalprobe wird innerhalb eines Monats nach Erhalt der Probe durch das Labor zerstört.

Die Testergebnisse werden, sofern möglich, auch von Ihrem Arzt (Ihren Ärzten) zur Behandlungsentscheidung genutzt. Zudem können sie für statistische anonymisierte Auswertungen der Mutationsaufkommen sowie der Behandlungseffizienz im Rahmen medizinischer Studien verwendet werden.

Widerrufsrecht:

Sie können Ihre Zustimmung zur Analyse/Untersuchung jederzeit mit prospektiver Wirkung vollständig oder teilweise und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Recht auf Nichtwissen:

Sie haben das Recht, über die Testergebnisse nicht informiert zu werden, die begonnenen Testverfahren bis zur Mitteilung der Ergebnisse zu stoppen und die Zerstörung aller Test-/Untersuchungsergebnisse zu verlangen, die Ihnen noch nicht bekannt sind.

Genoma Group wird die Testergebnisse AUSSCHLIESSLICH an den unten aufgeführten Arzt oder seinen/ihren Vertreter weitergeben, außer, dies sei vom Patienten/von der Patientin genehmigt oder gesetzlich vorgeschrieben.

Durch die untenstehende Unterschrift bestätige ich, dass ich die obenstehenden Informationen gelesen habe oder dass sie mir vorgelesen wurden und dass ich sie verstanden habe. Ich hatte die Möglichkeit, darüber mit meinem Arzt oder einer von meinem Arzt dazu bestimmten Person zu sprechen, darunter auch über den Zweck und die möglichen Risiken. Ich weiß, dass ich eine professionelle genetische Beratung in Anspruch nehmen kann, wenn ich dies möchte, bevor ich diese Einwilligungserklärung unterzeichne. Ich verfüge über alle gewünschten Informationen, und all meine Fragen wurden beantwortet.

JA, Ich beantrage, dass Dr. _____ die Gentests durchführt. Ich verstehe und akzeptiere die Folgen dieser Entscheidung.

NEIN, Ich verweigere die Durchführung der mir angebotenen Gentests. Ich verstehe und akzeptiere die Folgen dieser Entscheidung.

Datum und Unterschrift des Patienten _____ Datum und Unterschrift des Arzt _____