



INDIKATIONEN

PATIENTIN/PATIENT

Ehename

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

CNS Nummer

EINWILLIGUNG NACH AUFKLÄRUNG

Ich wurde informiert

- über mein Recht, meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen zu widerrufen.
- über mein Recht, nicht über die Analyseergebnisse informiert zu werden.
- über mein Recht, die begonnenen Analysen jederzeit vor Mitteilung der Ergebnisse abubrechen, sowie über mein Recht, die Vernichtung aller meiner Proben (einschließlich der extrahierten Nukleinsäuren) und der erzielten Ergebnisse zu verlangen.

Mit Ihrem Einverständnis werden Ihre nicht verwendeten biologischen Proben aufbewahrt.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese zur Überprüfung der erzielten Ergebnisse, für spätere Analysen sowie im Rahmen der Qualitätssicherung des Labors verwendet werden.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese zu Forschungszwecken oder im Rahmen der universitären Lehre verwendet werden.

Ja ☐ Nein ☐

Ja ☐ Nein ☐

Ich stimme zu, über mögliche sekundäre¹ bzw. ergänzende Ergebnisse² informiert zu werden, sofern diese direkte medizinische Auswirkungen haben (z. B. mögliche Präventionsmaßnahmen oder therapeutische Konsequenzen) oder ein erhebliches genetisches Risiko für mich oder meine Familienangehörigen darstellen.

¹ Nach aktuellem Stand der Wissenschaft und auf der Grundlage der derzeitigen Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG).

² Varianten, die im Verlauf eines genetischen Tests zufällig erkannt und mit einer anderen Erkrankung assoziiert werden als derjenigen, für die der Test ursprünglich angezeigt war.

Ja ☐ Nein ☐

Ich stimme zu, dass meine Probe, meine personenbezogenen Daten und der Testauftrag (erforderlichenfalls) an ein kooperierendes Labor oder Institut übermittelt werden, das auf die Untersuchung der oben genannten Krankheit spezialisiert ist.

Ja ☐ Nein ☐

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der betreffenden Erkrankung erhobenen Daten und Testergebnisse in anonymisierter Form für wissenschaftliche Forschungszwecke¹ verwendet bzw. in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht werden.

¹ z. B. zum besseren Verständnis der molekularen Mechanismen der Erkrankung und/oder zur Erforschung neuer diagnostischer oder therapeutischer Möglichkeiten.

Ja ☐ Nein ☐

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten und die Testergebnisse über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden.

Ja ☐ Nein ☐

Ich stimme zu, dass die Ergebnisse meiner Tests für die genetische Beratung und Testung potenziell gefährdeter Familienangehöriger verwendet werden.

Ja ☐ Nein ☐

Mit der Unterzeichnung dieses Einwilligungsformulars bestätigen Sie, dass Sie vom verantwortlichen medizinischen Personal über die Bedeutung und die Folgen der vorgesehenen genetischen Tests aufgeklärt wurden. Darüber hinaus wurden Ihnen die medizinische Notwendigkeit und die möglichen Vorteile der Gentests klar erläutert. Eventuelle Gesundheitsrisiken, die sich aus der Entnahme biologischer Proben und der Mitteilung des Testergebnisses ergeben könnten (z. B. psychische Belastungen), wurden ausführlich besprochen. Das Ergebnis dieser Untersuchung wird mir von der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt (oder durch eine beauftragte Fachperson für genetische Beratung) nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft im Rahmen einer genetischen Beratung mitgeteilt und erläutert.

Datum

Identität der Patientin/des Patienten

Unterschrift

Name

Vorname

Geburtsdatum

Identität der gesetzlichen Vertretung(en)

Unterschrift

Name, Vorname, Geburtsdatum

Name, Vorname, Geburtsdatum

BESCHEINIGUNG DER ÄRZTLICHEN BERATUNG

Hiermit bescheinige ich, dass ich die Patientin/den Patienten bzw. die gesetzliche Vertretung Herrn/Frau _____ über die Merkmale der in Betracht kommenden Erkrankung, die Möglichkeiten der Diagnostik, Prävention und Behandlung, die Lagerung der Probe sowie die Möglichkeit einer Analyse durch Dritte informiert habe und ich die Einwilligung der Patientin/des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertretung unter den oben genannten Bedingungen eingeholt habe.

Datum

Unterschrift Verordnende Ärztin/Verordnender Arzt