

# Einwilligung zur genetischen Untersuchung

## Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ G-Nummer \_\_\_\_\_  
 männlich  weiblich  
 Geb. \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Bitte zurücksenden an:  
 Institut für klinische Genetik und  
 Genommedizin  
 Biozentrum, Am Hubland  
 97074 Würzburg



Tel.: 0931-3184065, Fax: 0931-3184065  
 E-Mail: dna-labor@uni-wuerzburg.de

**Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patienten sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.**

Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Im Folgenden wird ein Nichtankreuzen wie „NEIN“ gewertet.

Über die in Frage stehende Erkrankung / Störung / Diagnose:

.....  
 deren genetische Grundlagen sowie über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut- / Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden beantwortet.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse auch an meinen Hausarzt bzw. folgende/n mitbehandelnde/n Ärztin/Arzt geschickt werden:  | Frau / Herr Dr.: _____<br>Straße: _____<br>PLZ und Ort: _____ | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Ich wünsche die Mitteilung von medizinisch relevanten Zufallsbefunden, auch wenn sie nicht im Zusammenhang mit der Untersuchungsfragestellung stehen oder im Rahmen von Forschungsprojekten erhoben wurden. Ein Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierung besteht nicht. Bei Minderjährigen erfolgt keine Mitteilung zu Erkrankungen, die erst im Erwachsenenalter auftreten. |   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial (Blut- oder DNA-Probe) nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet wird. Im Gegensatz zum GenDG wünsche ich, dass das von mir bzw. das von meinem Kind stammende Untersuchungsmaterial:  |   |  |
| • Für spätere genetische Analysen, die für mich bzw. für mein Kind von medizinischer Bedeutung sind, aufgehoben wird.   |   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| • Nach Abschluss der Untersuchungen in pseudonymisierter Form im untersuchenden Labor aufbewahrt und zu Zwecken der Ergebniskontrolle, Qualitätssicherung sowie gegebenenfalls zur Entwicklung neuer diagnostischer Verfahren verwendet wird.   |   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| • Über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert und für mögliche spätere Untersuchungen in meiner Familie genutzt wird. Die Daten dürfen elektronisch gespeichert werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten nicht gelöscht, sondern nur anonymisiert werden können und zugriffsberechtigtes medizinisches Personal auch ohne erneute Einwilligung Einsicht nehmen darf.    |   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| • Für die Beratung und Untersuchung von weiteren Familienmitgliedern verwendet werden darf:<br>- Für alle Familienmitglieder<br>- Nur für folgende Familienmitglieder: _____  |   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| • Bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird.  |   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| • Zur Beurteilung von Analyseergebnissen durch weitere spezialisierte ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des UKW, insbesondere bei komplexen Fragestellungen im Rahmen interdisziplinärer Fallkonferenzen, herangezogen wird-   |   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| • Ich bin damit einverstanden, dass ich wegen der Frage kontaktiert werde, ob ich in die Verwendung der gespeicherten Blut- oder DNA-Probe zu wissenschaftlichen Zwecken einwilligen möchte.  |   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |

Ich wurde über Zweck, Ablauf, Aussagekraft sowie mögliche Risiken und Auswirkungen der genetischen Untersuchung umfassend aufgeklärt und mir sind die Informationen zu meinen Rechten nach dem GenDG bekannt. Mir ist bewusst, dass die Speicherung meiner Daten nach den Grundätzen für sämtliche Behandlungsunterlagen erfolgt. Ich weiß, dass ich meine Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen kann, ohne dass mir Nachteile entstehen, dass ich ein Recht auf Nichtwissen habe und die Untersuchung vor Ergebnisübermittlung stoppen und die Vernichtung der Probe verlangen kann. Ein Anspruch auf dauerhafte Aufbewahrung der Probe oder Ergebnisse besteht nicht. Mit meiner Unterschrift willige ich in die genetische Analyse sowie die dafür notwendige Blut- oder Gewebeentnahme ein.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin / des Patienten/ des (gesetzlichen) Vertreters \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_

**Hinweis zum Datenschutz:** Die Informationen des UKW nach Art. 13 und 14 DSGVO erhalten Sie unter [www.ukw.de/recht/datenschutz](http://www.ukw.de/recht/datenschutz), auf Anfrage auch in Papierform. In der Aufnahme sollten die üblichen Patientenfolder des UKW mit den Infos nach Art. 13 DSGVO ausliegen bzw. bei der Aufnahme angeboten werden. Diese sind in der Abteilung 3.3 erhältlich.

