

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapps.
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

männlich weiblich

Aufklärung und Einwilligung zur genetischen Diagnostik gemäß § 8 u. 9 Gendiagnostikgesetz (GenDG)

- Ich wurde von meiner behandelnden Ärztin /meinem behandelnden Arzt ausführlich über den Umfang sowie über die Bedeutung der geplanten Untersuchung aufgeklärt. Ich wurde über mögliche gesundheitliche Risiken, die mit der Kenntnis des Untersuchungsergebnisses sowie Risiken, die mit der Gewinnung der Probe verbunden sein können, aufgeklärt.

Gewünschte Untersuchung: _____

- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Probe nur zu diagnostischen Zwecken für die o.g. Untersuchung verwendet werden darf.
- Mir ist bekannt, dass eventuell entstehende Daten mit dem Analyseverfahren 'Next Generation Sequencing' nur bis zu einem Jahr aufbewahrt werden.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann und dass ich ein Recht auf Nichtwissen meiner Untersuchungsergebnisse habe und diese auf mein Verlangen vernichtet werden müssen.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung an folgende Personen weitergeleitet werden dürfen:
 - meinen Partner / in:
 - meine(n) Frauenärztin(-arzt):
 - meine(n) Hausärztin(-arzt):
 - meine(n) Onkologin/en
 - sonstige benannte Personen:
- Einer der Untersucher darf mich unter folgender Nummer kontaktieren:
- Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und evtl. späterer Untersuchungen bei mir selber oder in meiner Familie einverstanden.

einverstanden **nicht einverstanden**
- Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung des Probenmaterials in anonymisierter Form für laboranalytische Qualitätskontrollen/wissenschaftliche Zwecke einverstanden.

einverstanden **nicht einverstanden**
- Ich bin mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist (10 Jahre) hinaus einverstanden.

einverstanden **nicht einverstanden**
- Bei Bedarf dürfen meine Ergebnisse für die Beratung und Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden.

einverstanden **nicht einverstanden**
- Ich wünsche eine Kopie dieses Merkblattes **ja** **nein**

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzliche/r Vertreterin/er

Unterschrift aufklärender Arzt