



Einwilligung zur genetischen Diagnostik gemäß § 8 Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Hiermit willige ich, _____ (Name, Vorname),
geb. am _____ nach für mich angemessener Bedenkzeit in die folgende
genetische Analyse ein:

_____.

Ich wurde von meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt über den Umfang sowie
über die Bedeutung der o.g. Untersuchung hinreichend aufgeklärt.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur o.g. Analyse jederzeit mündlich oder schriftlich
widerrufen kann und die Untersuchungsergebnisse der o.g. Analyse jederzeit 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):
- Pränataldiagnostiker:
- sonstige benannte Personen:

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials
(Blut, DNA, Fruchtwasserzellen, Chorionzotten, Nabelschnurblut) über die gesetzliche Frist
hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und evtl. späterer Untersuchungen in
der Schwangerschaft, bei mir selber oder in meiner Familie.

einverstanden nicht einverstanden

Ich bin mit der Aufbewahrung des Probenmaterials in anonymisierter Form für laboranalytische
Qualitätskontrollen/wissenschaftliche Zwecke

einverstanden nicht einverstanden

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die
gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke nachfolgender Untersuchungen in meiner Familie

einverstanden nicht einverstanden

Bei Bedarf dürfen meine Ergebnisse für Beratung /Untersuchung meiner Angehörigen genutzt
werden.

einverstanden nicht einverstanden

(Ort, Datum und Unterschrift d. Patienten/in)