

Krankenkasse, bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassennr.	Versichertennummer	Status
Betriebsstättennr.	Arzt-Nr.	Datum

Barcode

Direktorin:
Prof. Dr. med. Brigitte Schlegelberger
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
www.mh-hannover.de/humangenetik.html



Einwilligungserklärung zur genetischen Analyse laut Gendiagnostikgesetz*

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die genetische Untersuchung **Array CGH Analyse zum Nachweis/ Ausschluss submikroskopischer (kleinster) Chromosomenstörungen bei** _____
im Rahmen einer diagnostischen Fragestellung durchgeführt werden. Speziell bin ich einverstanden mit der/dem:

	Ja	Nein
Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbewahrung relevanter Daten/Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus, damit sie ggf. meinen Angehörigen für spätere Untersuchungen zur Verfügung stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchungen zur Ergebniskontrolle, Qualitätssicherung und ggf. für neue Diagnostikmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Probenmaterial, Datenweitergabe und Publikation von Ergebnissen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form im Rahmen von Forschungsprojekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermittlung meines Befunds an einen in gleicher Weise kompetenten Vertreter der verantwortlichen ärztlichen Person durch das beauftragte Labor - in Ausnahmefällen – sowie Befundmitteilung an mich durch diesen Vertreter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilung von klinisch relevanten Zufallsbefunden im Rahmen der Untersuchung, unabhängig von der aktuellen Fragestellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilung von klinisch relevanten Forschungsergebnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Austausch personenbezogener und medizinischer Daten zwischen der Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ) und der MHH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiterleitung der Daten für Abrechnungszwecke an eine ärztliche Verrechnungsstelle (ohne Bekanntgabe des Untersuchungsergebnisses).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an <u>alle</u> Familienangehörige / nur an <u>folgende</u> Familienangehörige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an mitbehandelnde Ärzte der MHH/der Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ) und an die folgenden Ärzte: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich, dass ich ausreichend über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft sowie mögliche Risiken und psychosoziale Auswirkungen der Untersuchungen aufgeklärt worden bin. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). (Nur bei zugesandten Proben: Mir wurde eine genetische Beratung angeboten, diese möchte ich zunächst nicht wahrnehmen. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit einen Beratungstermin in Anspruch nehmen kann.) **Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.**

Ort, Datum

Unterschrift der/s Patientin/en bzw. des /gesetzlichen Vertreters

Name der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes (in Druckschrift)

Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes

* Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetische Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung sowie vor prädiktiven (vorhersagenden) Analysen eine genetische Beratung. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen darüber hinaus, die o. g. Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären.