

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

Ambulanzzentrum der MHH GmbH

Barcode
 <small>Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-18291-01-00</small>

Ambulanzzentrum der MHH, angestellte Ärzte:
Dr. med. B. Auber, PD Dr. med. habil. A.K. Bergmann,
Prof.in Dr. med. G. Göhring, Dr. med. S. Morlot,
Dr. med. T. Ripperger PhD, Prof. in Dr. med. B.
Schlegelberger ,

Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz

Ich erkläre mich einverstanden mit der	Ja	Nein
<i>Durchführung genetischer Untersuchungen des _____ Gens/Genproduktes, bzw. mit der Untersuchung von Genen/Genprodukten, die mit der Erkrankung _____ in Zusammenhang stehen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anforderung meiner Krankenunterlagen/Tumorgewebe und ggf. weitere Untersuchungen/ Zweitbefundungen durch Mitarbeiter der MHH bzw. der Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 (auch Asservierung von DNA/Plasma aus einer EDTA-Blutprobe bzw. Serum aus einer Serum-Blutprobe von mir in der Biobank der MHH) sowie 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 Zusatzbefunden Im Rahmen genetischer Analysen können Informationen gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, aber trotzdem von medizinischer Bedeutung sein können (sogenannte Zusatzbefunde). Zusatzbefunde können eine unmittelbare klinische Bedeutung haben und therapierelevant sein. Im Falle eines Nachweises will ich über Zusatzbefunde benachrichtigt werden, aus denen sich für mich ein relevantes Risiko für Erkrankungen ergibt, für welche etablierte Therapien bzw. Früherkennungsmaßnahmen zur Verfügung stehen. Ein Anspruch auf Vollständigkeit oder eine zukünftige Aktualisierung solcher Zusatzbefunde besteht nicht. Das Gendiagnostikgesetz schränkt genetische Untersuchungen ein (z.B. bei Kindern auf Grund fehlender Konsequenzen im jungen Alter), so dass ggf. auch - entgegen einer Zustimmung - keine Mitteilung von Zusatzbefunden erfolgt. In diesen Fällen können die Zusatzbefunde zu einem späteren Zeitpunkt (nach Erreichen der Einverständnismöglichkeit der untersuchten Person, i.d.R. ab Erreichen der Volljährigkeit) erfragt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilung von klinisch relevanten Forschungsergebnissen	<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"/>	<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"/>	<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, dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mit einem für die Bearbeitung erforderlichen Austausch personenbezogener und medizinischer Daten zwischen dem Ambulanzzentrum der MHH GmbH und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) bin ich einverstanden.
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.

X **X**

Datum, Ort **Unterschrift Patient/in / ggf. gesetzlicher Vertreter**

X **X** **X**

Eine Kopie dieses Dokuments habe ich erhalten.	
X	
Ort/Datum	Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

Datum, Ort **Name in Druckschrift** **Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes**

Ambulanzzentrum der MHH GmbH
 Geschäftsführer: Dr. med. Karen Deegener, Dipl.-Kfm. Kaspar Stubendorff, Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. med. H.-H. Kreipe
 Bank für Sozialwirtschaft, IBAN DE41 2512 0510 0009 4960 00, SWIFT/BIC BFSWDE33HAN
 Sitz der Gesellschaft: Hannover, Amtsgericht Hannover HRB 202179, USt-IdNr: DE256712359