

Krankenkasse

Name, Vorname, Anschrift des Versicherten

am

Patientenetikett

geb.

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr

Status

Vertragsarzt-Nr

VK gültig bis

Datum

Priv.-Doz. Dr. Dr. Michael Kiehntopf

Direktor

Am Klinikum 1

07747 Jena

Telefon 03641 9 325001

Telefax 03641 9 325002

E-Mail: ikcl-chs@med.uni-jena.de

Einwilligungserklärung

zur Durchführung genetischer Analysen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Fragestellung

Direkte Mutationsnachweise

Faktor-V-Leiden-Mutation/Prothrombinmutation, MTHFR-Mutation

Hämochromatose TPMT-Genotypisierung Andere: _____

Genproduktanalysen

Erstuntersuchung Faktor VIII bei V.a. Hämophilie A

Erstunters. Coeruloplasmin bei V.a. M. Wilson

Andere: _____

Analyse von Metaboliten

Angeborene Stoffwechseldefekte

Schweißtest

Andere: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in Absprache mit Ihren behandelnden Ärzten soll bei Ihnen oder einem Ihrer Familienangehörigen eine genetische Untersuchung durchgeführt werden. Nach dem am 1. Feb. 2010 in Kraft getretenen Gendiagnostikgesetz ist Ihre Einwilligungserklärung **unbedingte Voraussetzung** für die Durchführung einer genetischen Untersuchung.

Auch gilt, dass Sie vorher über die Möglichkeiten, Grenzen und denkbaren Konsequenzen der Untersuchungen von Ihrem Arzt ausführlich informiert werden müssen. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich zu widerrufen, so dass die begonnenen Untersuchungen sofort abgebrochen werden müssen.

Nach dem Gesetz müssen Proben nach der erfolgten Untersuchung vernichtet werden. Häufig ist es aber sinnvoll, die Proben zum Zwecke der Überprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung auch länger aufzubewahren. Hierfür benötigen wir Ihr **ausdrückliches Einverständnis**.

Sekretariat

Institutsdirektor:

Telefon: 03641 9 325001

Telefax: 03641 9 325002

Oberarzt-Sekretariat:

Telefon: 03641 9 325011

Telefax: 03641 9 325012

Leitstelle/Befundauskunft:

Telefon: 03641 9 325050

zentrallabor@med.uni-jena.de

<http://www.ikcl.uniklinikum-jena.de/IKCL>



Integrierte Biobank Jena

(IBBJ)

Telefon: 03641 9 325001

biobank@med.uni-jena.de



Ich willige ein und bestätige mit meiner Unterschrift:*

1. dass ich von dem behandelnden und die Untersuchung in Auftrag gebenden Arzt über die Aussagekraft und Konsequenzen der obengenannten Untersuchung umfassend aufgeklärt worden bin,
2. dass ich mit der Entnahme der Probe einverstanden bin und dass die Probe für genetische Untersuchungen (gemäß §3 Abs. 1 Gendiagnostikgesetz) zur Klärung der oben genannten Fragestellungen verwendet werden darf,
3. dass mir ausreichende Bedenkzeit vor der Einwilligung zu oben genannten Untersuchungen zur Verfügung stand,
4. dass ich darauf hingewiesen wurde, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann, und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren.
5. dass ich mit der Mitteilung aller Zufallsbefunde, aus denen sich therapeutische Konsequenzen ableiten lassen, an den behandelnden Arzt oder seinen Vertreter einverstanden bin.
6. dass ich mit der Aufbewahrung des Materials für einen begrenzten Zeitraum zum Zweck der Qualitätssicherung sowie zur Nachprüfbarkeit der Ergebnisse einverstanden bin.
7. dass ich mit der Weiterleitung der Probe und der Untersuchung der Probe in einem spezialisierten externen Labor einverstanden bin.
8. dass ich mit der zeitlich unbefristeten Aufbewahrung der Ergebnisse über den im GenDG festgelegten Zeitraum von 10 Jahren einverstanden bin.
9. dass ich über die Ergebnisse der genetischen Untersuchung informiert werden möchte.
10. dass mir das Ergebnis im Ausnahmefall nicht nur durch die verantwortliche Ärztliche Person, sondern auch durch weitere, in gleicher Weise kompetente ärztliche Personen (§7 Abs.1 GenDG) mitgeteilt werden kann, wenn andernfalls eine Verzögerung bei der Ergebnismitteilung eintreten würde.
11. Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die Ergebnisse der genetischen Untersuchung auch mitbehandelnden Ärzten mitgeteilt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)

STEMPEL und Unterschrift behandelnde/r verantwortliche(r)
Ärztin / Arzt

*nicht Zutreffendes bitte streichen

