

Patientendaten (ggf. Aufkleber)	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Tel.:
Straße	
PLZ	Wohnort

Untersuchungsmaterial:
Indikation:
Geplante Untersuchung:
<input type="checkbox"/> pränatal <input type="checkbox"/> postnatal
<input type="checkbox"/> Molekulargenetik
<input type="checkbox"/> Zytogenetik / Molekularzytogenetik (FISH)

### Einwilligungserklärung für die Durchführung einer humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

**Das GenDG fordert für alle genetischen Untersuchungen eine ausführliche Aufklärung, eine schriftliche Einwilligung sowie eine genetische Beratung vor und nach vorgeburtlichen und prädiktiven Analysen.**

- Ich bin einverstanden, dass das entnommene Untersuchungsmaterial für genetische Untersuchungen bei der oben angegebenen Indikationsstellung untersucht werden darf.
- Ich erkläre, dass ich über die Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten Untersuchungen aufgeklärt wurde. Die möglichen Ergebnisse dieser Untersuchungen und deren Konsequenzen wurden erörtert.
- Für alle Angaben und Untersuchungsergebnisse besteht Schweigepflicht gemäß Datenschutzrichtlinien.\*
- Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit ganz oder in Teilen schriftlich widerrufen kann.
- Mir ist bewusst, dass sich bei genomweiten Sequenzierungen (u.a. Exom-/Genom-Analysen) Zusatzbefunde ergeben können, die nicht in direktem Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, jedoch für mich und/oder meine Familienangehörigen therapeutische oder prophylaktische Relevanz haben. Solche Zusatzbefunde können – falls gewünscht – mitgeteilt werden.

Ich erkläre mich einverstanden mit:	ja	nein
der Weiterleitung des diagnostischen Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor, wenn die Untersuchung in oben genannter Einrichtung nicht durchgeführt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für weiterführende diagnostische Untersuchungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Aufbewahrung der diagnostischen Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus (z.B. für Kinder und Enkel).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial/Ergebnissen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke sowie ggf. mit der Veröffentlichung von erhobenen Daten in anonymisierter Form.**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wünsche die Mitteilung von gesundheitsrelevanten Zusatzbefunden. Ein Anspruch auf Vollständigkeit oder Aktualisierung solcher Befunde besteht nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name und Adresse verantwortliche(r) Ärztin/Arzt:		
Ort, Datum	Unterschrift Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in)***	Unterschrift verantwortliche(r) Ärztin/Arzt

\* Informationen zum Datenschutz werden Ihnen im Beiblatt zu dieser Einwilligungserklärung und auf der Webseite des Klinikums rechts der Isar bereitgestellt ([www.mri.tum.de/patientinneninformation-zum-datenschutz](http://www.mri.tum.de/patientinneninformation-zum-datenschutz))

\*\*Im Falle einer geplanten Nutzung der Daten der genomweiten Sequenzierung (z.B. Exom-/Genom-Analyse) im Forschungskontext ist hier Ihre Zustimmung erforderlich und es ist darauf zu achten, dass keine Widersprüche zwischen den Aufklärungen vorhanden sind.

\*\*\* Bei Minderjährigen ist die Unterschrift beider Sorgeberechtigter notwendig.