

**Patientendaten/Aufkleber**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  männlich  weiblich  
geb. am

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort



UKL AöR, Institut für Humangenetik,  
MedVZ am Universitätsklinikum Leipzig GmbH,  
Fachbereich Humangenetik, Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig

Leistungen entsprechend aktuellem Leistungskatalog auf Homepage  
Zutreffendes bitte durch den Einsender ankreuzen

MVZ Philipp-Rosenthal-Straße  
Fachbereich Humangenetik  
Tel. 0341/9723840, <http://www.medvz-leipzig.de/>

Institut für Humangenetik  
Komm. Leiter: Prof. Dr. med. J. Lemke  
Tel. 0341/9723800, <http://humangenetik.uniklinikum-leipzig.de/>

**Einverständniserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)**

**Indikation / angeforderte Analyse:**

Ich wurde vor der Probenentnahme zu Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft sowie gesundheitlichen Risiken der Untersuchung nach § 8 Abs.2 Gendiagnostikgesetz informiert und aufgeklärt. Ich habe das Formular „Aufklärung vor genetischen Analysen gemäß GenDG“ erhalten. **Ich erkläre mich mit der Probenentnahme und Durchführung der oben genannten Analyse(n) einverstanden.** Über die Möglichkeit, meine Einwilligung zur Analyse zu widerrufen wurde ich informiert.

Ich bin zudem einverstanden mit:

der **Aufbewahrung von Probenmaterial** z.B. für ergänzende Untersuchungen.  ja  nein

der **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus.  ja  nein

der Verwendung meiner **Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienangehörigen** auf deren Wunsch, auch über meinen Tod hinaus.  ja\*  nein

\*falls dies nur für einzelne Angehörige gilt, bitte hier namentlich auflisten:

.....

.....

der Aufbewahrung und vollständigen Verwendung von pseudonymisiertem **Untersuchungsmaterial und/oder Befunden** für **wissenschaftliche Zwecke** innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie zur **Qualitätssicherung**.  ja  nein

In seltenen Fällen können Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (**Nebenbefunde**), aber dennoch eine medizinische Relevanz aufweisen. Ich bin über den „Anspruch auf Nichtwissen“ informiert worden. Über diese Erkenntnisse möchte ich informiert werden.  ja  nein

Neben dem einsendenden Arzt wünsche ich eine Übersendung von Befundkopien an folgende Personen:

.....

.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreters

.....  
Name, Unterschrift des aufklärenden Arztes (§ 8 GenDG)