

Anforderungsbogen genetische Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Patient, Einsender

Arbeitsbereich Molekulare und ZytoGenetik

Kontakt: 0355 46 2166
(Mo – Fr: 8:00 - 15:00 Uhr)

Klinische Fragestellung / Hinweise / gewünschte Untersuchung

Einverständnis des Patienten / der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters zur Durchführung der oben genannten genetischen Analyse(n) (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung mein Einverständnis mit der/n geplanten genetischen Analyse(n) und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme.

Meine freiwillig erteilte Einwilligung kann jederzeit mündlich oder schriftlich der verantwortlichen ärztlichen Person gegenüber widerrufen werden.

Den gesetzlichen Vorschriften folgend, soll das verbleibende Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet werden. Aus Gründen der Qualitätssicherung ist es jedoch wünschenswert, verbleibendes Untersuchungsmaterial aufzubewahren. In verschlüsselter / anonymisierter Form dient dieses Material zur Prüfung der Qualität unserer Untersuchungsverfahren. Auch aus Gründen der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse bzw. für weitere erforderliche Untersuchungen, kann es sinnvoll sein, das verbleibende Material aufzubewahren.

Ich bin damit einverstanden, dass mein verbleibendes Untersuchungsmaterial länger als gesetzlich vorgeschrieben aufbewahrt werden darf. Die vorgesehene Aufbewahrungsfrist beträgt 10 Jahre.

JA

NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse auch in elektronischer Form gespeichert werden.

JA

NEIN

Die Ergebnisse der Untersuchungen dürfen länger als – den gesetzlichen Vorgaben entsprechend - 10 Jahre aufgehoben werden, damit sie ggf. mir und meiner Familie auch länger zur Verfügung stehen. Die vorgesehene Aufbewahrungsfrist beträgt 30 Jahre.

JA

NEIN

Das Untersuchungsergebnis wird, wie gesetzlich vorgeschrieben, vom Labor an den verantwortlichen Arzt (Einsender) übermittelt.

Datum

Unterschrift des/r Patienten/in bzw.
des (gesetzlichen) Vertreters

Stempel / Unterschrift des
einsendenden Arztes