

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Geschlecht: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>		
Untersuchungsmaterial:		

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz ab dem 01.02.2010 (Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung)



Bitte hier
Barcode-Etikett
einkleben!

Arztstempel und Unterschrift

Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift erteile ich nach am _____._____._____ erfolgter Aufklärung durch

_____ über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung mein Einverständnis mit folgenden genetischen Analyse(n) und der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme:

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert und in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke oder für Zwecke der Qualitätssicherung genutzt/publiziert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchungen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden (damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen).

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchungen neben meiner einsendenden Ärztin/meinem einsendenden Arzt auch folgenden Personen zur Verfügung gestellt werden:

_____ Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat und gestatte die Verwendung für wissenschaftliche Zwecke in pseudonymisierter Form.

Ich bin damit einverstanden, dass Daten für Abrechnungszwecke an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Mir ist bekannt, dass ich alle getätigten Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

-Nichtzutreffendes bitte streichen-

Ort, Datum: _____

Name des/r Patienten/in bzw. des (gesetzlichen) Vertreters: _____

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