

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur diagnostischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz durch das MVZ Labor Dr. Kirkamm GmbH

Patientendaten:

Name, Vorname: _____ Geb.datum: _____

Straße, PLZ/Ort: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihnen (oder einer Person, für die Sie sorgerechtigt sind oder die Sie betreuen) wurde die Durchführung einer humangenetischen Untersuchung (Analyse) empfohlen, um folgende Diagnose / Fragestellung abzuklären:

_____ von Ärztin/Arzt einzutragen

☐ bei mir ☐ bei _____

Mit der nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass

- ich von meinem behandelnden Arzt / meiner behandelnden Ärztin über Aussagekraft und Konsequenzen der o. a. Untersuchung aufgeklärt wurde,
- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die Untersuchung eingeräumt wurde,
- ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird,
- ich in die erforderliche Entnahme von Untersuchungsmaterial und die genetische Analyse, die zur Klärung der o. a. (Verdachts-) Diagnose durchgeführt wird, einwillige.

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes med. Kooperationslabor (z. B. humangenetische Beratungsstelle, medizinische Kooperationseinrichtung/en) bin ich

a) ☐ einverstanden. b) ☐ nicht einverstanden.

Über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen möchte ich

a) ☐ informiert werden b) ☐ nicht informiert werden.

Mit der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an folgende/n mitbehandelnde/n Arzt/Ärztin (siehe Kasten rechts) bin ich

a) ☐ einverstanden. b) ☐ nicht einverstanden.

Mitbehandelnder Arzt/ Mitbehandelnde Ärztin:

Ich willige ausdrücklich ein, dass meine genetischen Daten und auf mich bezogenes Zellmaterial nur zur Erfüllung gesetzlicher Dokumentationspflichten der Ärzte aufbewahrt und ansonsten unverzüglich vernichtet werden.

a) ☐ einverstanden. b) ☐ nicht einverstanden.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos, schriftlich oder mündlich über meine behandelnde Ärztin / meinen behandelnden Arzt oder gegenüber dem humangenetischen Labor (MVZ Labor Dr. Kirkamm GmbH) widerrufen. Meine behandelnde Ärztin / mein behandelnder Arzt wird meinen Widerruf, sei er schriftlich oder mündlich, unverzüglich dokumentieren und an das humangenetische Labor (MVZ Labor Dr. Kirkamm GmbH) weiterleiten.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters

.....
Name der/des aufklärenden Ärztin/Arztes

.....
Unterschrift der/des aufklärenden Ärztin/Arztes

Bitte auch die „Einwilligung in die Datenvereinbarung“ auf der Rückseite unterschreiben.

Einwilligung in die Datenverarbeitung humangenetischer Daten

Mir ist bewusst, dass es sich bei humangenetischen Daten um besonders sensible Gesundheitsdaten gemäß Artikel 9 Datenschutzgrundverordnung handelt. Mir ist auch bewusst, dass nach der Untersuchung verbliebenes, genetisches Zell- und Datenmaterial theoretisch ausgewertet werden kann und von der Datenspeicherung umfasst ist. Auch dieses Material unterliegt dem Datenschutz.

Ich willige ausdrücklich in die Erfassung, Auswertung und Weitergabe meiner persönlichen und genetischen/ gesundheitsbezogenen Daten ein. Meine Einwilligung bezieht sich ausschließlich auf den Zweck der humangenetischen Untersuchung wie auf Seite 1 in Umfang und Tragweite bezeichnet.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Ich weiß auch, dass ich das Recht habe, jederzeit Auskunft über die über mich gespeicherten humangenetischen gesundheitsbezogenen und personenbezogenen Daten bei der MVZ Labor Dr. Kirkamm GmbH, Mainz, verlangen kann. Hierfür genügt eine formlose Erklärung mündlich oder per E-Mail. Ich weiß auch, dass ich die Löschung und Sperrung meiner Daten verlangen kann, soweit nicht gesetzliche Aufbewahrungspflichten gemäß Gendiagnostikgesetz dem entgegenstehen. Ich weiß auch, dass ich mich bei der Landesdatenschutzbehörde beschweren kann.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters