

Kind	
Nachname:	_____
Vornamen:	_____
Geburtsdatum:	_____
Geburtsort:	_____
Geschlecht:	_____

Material	
EDTA-Blut	<input type="checkbox"/>
Hepar. Blut	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>
Bitte Menge angeben:	_____
Entnahmedatum:	_____

Betreuender Kinderarzt			
Nachname:	_____	Anschrift:	_____
Vornamen:	_____		_____
ggfs. Klinik:	_____		_____
Telefon:	_____		
E-Mail:	_____		

<p>Mit dieser Unterschrift bestätigen wir unsere Einwilligung zu den genetischen Analysen und der dafür erforderlichen Probenentnahme, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung/ Störung bei unserem Kind notwendig sind. Wir hatten ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.</p> <p>Wir wünschen die Durchführung einer medizinisch-genetischen Diagnostik <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wir sind damit einverstanden, dass die Befunde der genetischen Analyse(n) neben dem überweisenden/ betreuenden Arzt auch an die folgenden Ärzte/ Personen verschickt werden:</p> <p>Nachname: _____</p> <p>Vornamen: _____</p> <p>ggfs. Klinik: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>_____</p> <p>Nachname: _____</p> <p>Vornamen: _____</p> <p>ggfs. Klinik: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>_____</p>	<p>Wir möchten über die Ergebnisse der genetischen Analyse nur soweit informiert werden, wie es für die in Frage stehende Erkrankung/ Störung praktisch relevant ist. Auf die Mitteilung von Zufallsbefunden verzichten wir. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wir bitten auch um Mitteilung der Zufallsbefunde, aus denen sich praktische Konsequenzen für uns oder unser Kind ableiten lassen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit, der Qualitätssicherung bzw. für ergänzende Untersuchungen und für wissenschaftliche Zwecke in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form sind wir einverstanden. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wir wurden darüber aufgeklärt und stimmen zu, dass unsere personenbezogenen Daten und die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, ausgewertet und ggfs. in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert und der Untersuchungsauftrag oder Teile davon, falls erforderlich, an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.</p> <p>Wir willigen hiermit ein, dass alle erhobenen Daten von der Praxis für Humangenetik Tübingen elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Nähere Informationen zum Datenschutz und Ihren diesbezüglichen Rechten finden Sie unter www.humangenetik-tuebingen.de/datenschutz.</p> <p>Wir wurden darauf hingewiesen, dass wir die Einwilligung zur Analyse jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen können, ohne dass uns daraus Nachteile entstehen, und dass wir das Recht haben, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Uns ist bekannt, dass wir eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung allen Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen können.</p>
---	--

Mutter des Kindes: _____
(Druckbuchstaben)

Arzt: _____
(Druckbuchstaben)

Vater des Kindes: _____
(Druckbuchstaben)

Datum

Unterschrift der Eltern des Kindes

Datum

Unterschrift