EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
Genetische Laboruntersuchung

Zentrum für Humangenetik Tübingen

Kind

Nachname: _____

Vornamen: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Geschlecht: _____

Material

EDTA-Blut []

Hepar. Blut []

Sonstiges []

Bitte Menge angeben: _____

Entnahmedatum: _____

Betreuender Kinderarzt

Nachname: _____

Vornamen: _____

ggfs. Klinik: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Anschrift: _____

Mit dieser Unterschrift bestätige ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen und der dafür erforderlichen Probenentnahme, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung/ Störung bei mir notwendig sind.
Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Ich wünsche die Durchführung einer medizinisch-genetischen Diagnostik:
[] Ja [] Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der genetischen Analyse(n) neben dem überweisenden/ betreuenden Arzt auch an die folgenden Ärzte/ Personen verschickt werden:

Nachname: _____

Vornamen: _____

ggfs. Klinik: _____

Anschrift: _____

Nachname: _____

Vornamen: _____

ggfs. Klinik: _____

Anschrift: _____

Ich möchte 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 verzichte ich.
[] Ja [] Nein

Ich bitte auch um Mitteilung der Zufallsbefunde, aus denen sich praktische Konsequenzen ableiten lassen.
[] Ja [] Nein

Mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit, der Qualitätssicherung bzw. für ergänzende Untersuchungen und für wissenschaftliche Zwecke in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form bin ich einverstanden.
[] Ja [] Nein

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten und die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, ausgewertet und ggfs. in verschlüsselter (pseudoanonymisierter) Form in wissenschaftlichen Datenbanken gerspeichert und der Untersuchungsauftrag oder Teile davon, falls erforderlich, an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Ich willige 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.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die Einwilligung zur Analyse jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich 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 kann.

Patient/Vertreter: _____
(Druckbuchstaben)

_____
Datum Unterschrift

Arzt: _____
(Druckbuchstaben)

_____
Datum Unterschrift