

und

Adresse:  
Heinrich-Düker-Weg 12, 37073 Göttingen



(Patient\*innenaufkleber, sofern verfügbar)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname Patient*in		geb. am
Kassennr.	Versichertenr.	Status
Betriebsstättenr.	Arzt-Nr.	Datum

Barcode

### Einwilligung in eine genetische Untersuchung und die Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG), europäischer Verordnung 2016/679 (DSGVO) und Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich bin damit einverstanden, dass die Proben für genetische Untersuchungen bezogen auf folgende Indikation gewonnen und verwendet werden:

**Indikation:** .....

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis der Untersuchung verwendet werden dürfen (bitte entsprechend ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> Nicht-Ankreuzen muss als „Nein“ gewertet werden)		
Ich möchte über das Ergebnis der Untersuchung informiert werden.	Ja	Nein
<b>Bei genetischen Analysen können trotz Fokussierung auf die Indikation zufällig Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht im direkten Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen.</b> Die Kenntnis solcher Befunde kann für zukünftige Lebenssituationen Konsequenzen haben (z.B. beim Abschluss von Versicherungen, Verbeamtung, etc.). Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. <b>Sie haben die Möglichkeit, individuell zu entscheiden, ob und welche Zufallsbefunde mitgeteilt werden sollen:</b>		
1) Ich wünsche die Mitteilung von Zufallsbefunden der <b>Gruppe 1</b> (mögliche, auch schwere, Erkrankung bei Träger*in; risikoreduzierende oder therapeutische Maßnahmen vorhanden)	Ja	Nein
2) Ich wünsche die Mitteilung von Zufallsbefunden der <b>Gruppe 2</b> (mögliche, auch schwere, Erkrankung bei Träger*in; risikoreduzierende oder therapeutische Maßnahmen <u>nicht</u> vorhanden). (Zu beachten: Bei vorgeburtlichen Analysen und bei Kindern und Jugendlichen werden Befunde der Gruppe 2 zum Schutz des Rechts auf Nichtwissen grundsätzlich nicht mitgeteilt, wenn sich die Erkrankung erst im Erwachsenenalter manifestiert und mit einer späteren Einwilligungsfähigkeit gerechnet werden kann.)	Ja	Nein
3) Ich wünsche die Mitteilung von Zufallsbefunden der <b>Gruppe 3</b> (Varianten, die bei Nachkommen zu einem konkret erhöhten Risiko ( $\geq 25\%$ ) für eine schwerwiegende, frühmanifeste Erkrankung führen können).	Ja	Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial einverstanden		
a) zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung und evtl. für die spätere Durchführung neuer Diagnosemöglichkeiten,	Ja	Nein
b) zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen.	Ja	Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die ermittelten Daten ohne Hinweis auf die Person (anonym) veröffentlicht und ggf. einer Nachnutzung zugeführt werden dürfen.	Ja	Nein
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Verwandten genutzt werden.	Ja	Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden. Eine Verpflichtung hierzu ergibt sich für die Humangenetik Göttingen aus meiner Zustimmung nicht.	Ja	Nein
Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes Kooperationslabor einverstanden.	Ja	Nein
Ich bin mit der Speicherung der Ergebnisse in elektronischer Form (ePA) entsprechend der geltenden Rechtslage einverstanden.	Ja	Nein

Ich erkläre, dass ich angemessen beraten und über die Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten Untersuchungen und deren mögliche Ergebnisse und Konsequenzen aufgeklärt worden bin. **Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.** Über die zweckgebundene Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten wurde ich schriftlich informiert und willige hiermit schriftlich ein. **Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen schriftlich (an o.g. Adresse) widerrufen (GenDG §8 Abs.2). Ich kann jederzeit verlangen, dass mir Untersuchungsergebnisse nicht mitgeteilt werden (Recht auf Nichtwissen) und/oder dass Untersuchungsergebnisse, die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs ermittelt wurden, vernichtet werden. Ein Nachteil entsteht mir daraus nicht.** Zum Zeitpunkt des Widerrufs bereits erbrachte Leistungen sind entsprechend zu vergüten. Die Aushändigung einer Kopie dieser Einwilligung sowie zugehörige Informationen wurde mir angeboten.

X \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in / ges. Vertreter\*in

X \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X \_\_\_\_\_  
Name verantw. Ärzt\*in (in Druckbuchstaben)

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift