

## Gendiagnostik – Einwilligungserklärung

Im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes wird die **schriftliche Einwilligung** von untersuchten Personen verlangt. Dies betrifft **auch Untersuchungen, die zwar keine Gentests sind, jedoch ebenfalls Rückschlüsse auf genetische Erkrankungen zulassen**. Es besteht ein Recht auf Nichtwissen. Sie haben jederzeit das Recht, diese Einwilligung zu widerrufen.

Bei Ihnen ist ein(e) \_\_\_\_\_ geplant.

Sonstige Informationen über die anstehende Untersuchung:

---

---

---

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei mir im Rahmen meiner medizinischen Behandlung die oben genannten Untersuchungen, die auf genetische Erkrankungen Rückschlüsse erlauben, inklusive der dazu erforderlichen Blutentnahme durchgeführt werden. Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt. Die Bedenkzeit war ausreichend.

Die Ergebnisse meiner genetischen Untersuchungen dürfen im Rahmen meiner elektronischen Patientenakte **30 Jahre aufbewahrt**, sowie in **anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken** zur Aufklärung von Krankheitsentstehung und/oder der Weiterentwicklung diagnostischer/therapeutischer Möglichkeiten ausgewertet werden.

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Hannover, \_\_\_\_\_

---

Patient/-in / Bevollmächtigte/-r

---

Arzt / Ärztin

