

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Klinik und Poliklinik für Neurologie, AG Mitochondriale Erkrankungen

Leiterin: Sandra Jackson, PhD

Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

Telefon: 0351/4582592

Telefax: 0351/4585804

E-Mail: mitolab@neuro.med.tu-dresden.de

Internet: www.mitogen.de



Patient(in)	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Name, Vorname _____ geb. _____		
Straße _____		
PLZ _____	Ort _____	

Absender:

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters ist Voraussetzung für die Durchführung der genetischen Analyse.

Untersuchungsgrund (Erkrankung/Diagnose): _____

- Ich habe eine ausführliche Aufklärung zu den vorgesehenen genetischen Analysen erhalten und verstanden.
- Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der oben genannten Erkrankung/ Diagnose notwendig sind sowie zu der dafür erforderlichen Probenentnahme.
- Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen geschickt werden an den überweisenden Arzt: _____

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen (Bitte entsprechend ankreuzen)	Einverstanden	
	Ja	Nein
Aufbewahrung und Verwendung von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwendung des überschüssigen Probenmaterials zur Erforschung genetisch bedingter Erkrankungen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutzung der Untersuchungsergebnisse für Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und von personenbezogenen Daten über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praktisch relevante Zufallsbefunde , die sich im Rahmen der Analyse ergeben, sollen mir mitgeteilt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Patient bzw. gesetzlicher Vertreter:

Ort, Datum

Unterschrift

Der Patient wurde gemäß GenDG aufgeklärt.

Arzt:

Ort, Datum

Name

Unterschrift