

## Auftrag und Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung

Name:  männlich  
Vorname:  weiblich  
Geburtsdatum:  unbestimmt

### Geschäftsführer

Dr. med.  
Dr. med. univ. [Ungarn]  
Knud-Peter Krause  
Facharzt für  
Transfusionsmedizin

### Fachärzte

Dr. med. Ute Knoll  
Fachärztin für Kinder-  
und Jugendmedizin,  
Fachärztin für Humangenetik

Dr. med. Joachim Bürger  
Facharzt für Humangenetik

Molekulare Gendiagnostik (EDTA-Blut):

Array-CGH (EDTA-Blut)

Chromosomenanalyse an Lymphozyten (Heparinblut)

FISH (Heparinblut):

Sonstiges:

Indikation:

ggfs. Vorbefunde unter:

Vorbefunde/Befunde liegen bei

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann; dieser wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich dokumentieren. Er wird auch dem genannten Labor unverzüglich einen Nachweis des Widerrufs übermitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden können.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich möchte über ggf. erhobene Neben- und Zufallsbefunde informiert werden, wenn sie hinsichtlich meiner persönlichen Gesundheit und der meiner Blutsverwandten von Relevanz sind.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an folgende Ärzte/Personen geschickt werden (Name & Adresse)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung dokumentiert werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden, ohne darauf Anspruch zu erheben.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DNA) nicht nach gesetzlicher Vorgabe unverzüglich vernichtet, sondern für spätere genetische Untersuchungen archiviert wird. Sind diese Untersuchungen vollständig abgeschlossen, übereigne ich das verbleibende genetische Material in anonymisierter Form dem untersuchenden Labor zur Qualitätssicherung sowie Forschungszwecken.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in bzw.  
gesetzliche Vertretung

Unterschrift verantwortliche/-r  
Arzt/Ärztin