

Einwilligungserklärung Gendiagnostikgesetz Zentrallabor

Checkliste/Formular
Knappschaft Kliniken
Universitätsklinikum Bochum -



Patientendaten/Patientenaufkleber	
Name, Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht (m/w/d):
Straße, Hausnr.:
PLZ, Ort:
Telefonnr.:

Knappschaft Kliniken
Universitätsklinikum Bochum GmbH
 In der Schornau 23-25
 D-44892 Bochum
 Tel.: +49 (0)234 / 299-0
 E-Mail: Kontakt.Bochum@Knappschaft-Kliniken.de
 Internet: www.knappschaft-kliniken.de/bochum/
Medizinische Klinik – Sektion Laboratoriumsmedizin
 Leitung: Univ.-Prof. Dr. M. K. Özçürümez
Knappschaft Kliniken MVZ Ost GmbH / Praxis für Labormedizin
 Leitung: Univ.-Prof. Dr. M. K. Özçürümez
Befundauskunft:
 Tel.: +49 (0)234 / 299-83470

Einwilligungserklärung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Angeforderte genetische Untersuchung	Indikation
<input type="checkbox"/> Gerinnungsfaktor V, Mutationsnachweis <input type="checkbox"/> Prothrombin, Mutationsnachweis <input type="checkbox"/> Hämochromatose, Mutationsanalyse	<input type="checkbox"/> Chromosomale Translokationen, Screening Leukämie-assoziert <input type="checkbox"/> diagnostisch <input type="checkbox"/> prädiktiv/keine Symptome
<input type="checkbox"/> Sonstige:	

Ich bestätige hiermit, dass ich im Hinblick auf die bei mir/meinem Kind/der von mir betreuten Person (*nicht Zutreffendes bitte streichen*) geplante gendiagnostische Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) **aufgeklärt wurde**. Ja Nein

Ich wurde über den **Zweck**, die **Art**, den **Umfang**, die **Aussagekraft** und die **Konsequenzen** der angeforderten genetischen Untersuchung(en), die möglichen Ergebnisse, gesundheitliche Risiken, die vorgesehene medizinische Verwendung der genetischen Probe und der Untersuchungsergebnisse sowie über mein Recht, die Untersuchungsergebnisse nicht zur Kenntnis zu nehmen, aufgeklärt. Ja Nein

Zudem bestätige ich, dass mir ausreichend **Bedenkzeit** vor Einwilligung in die oben genannte(n) Untersuchung(en) eingeräumt wurde und dass ich mit der erforderlichen **Entnahme** von Untersuchungsmaterial einverstanden bin. Ja Nein

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise **widerrufen** kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Ja Nein

Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung **jederzeit stoppen**, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann. Ja Nein

Ich möchte über die Ergebnisse der genetischen Analyse, die für mich und meine Familie **für die o.g. Frage praktisch relevant** sind, informiert werden. Ja Nein

Ich bitte auch um **Mitteilung aller Zufallsbefunde**, aus denen sich praktische Konsequenzen ableiten lassen. Ja Nein

- Außerdem gebe ich meine Einwilligung zur
- **Aufbewahrung der Proben** nach Abschluss der Analyse, um ggf. weitere Untersuchungen nachfordern zu können und Kontrolluntersuchungen möglich zu machen. Ja Nein
 - Verwendung meines Probenmaterials durch das Labor in anonymisierter Form für die gesetzlich vorgeschriebene **Qualitätssicherung und wissenschaftliche Zwecke**. Ja Nein
 - **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über den Zeitraum der vorgeschriebenen Frist von 10 Jahren hinaus und zur anonymisierten Verwendung der Ergebnisse für wissenschaftliche Zwecke. Ja Nein
 - Beauftragung des o.g. Labors mit der Durchführung der genetischen Analyse und der dazu nötigen Weitergabe meiner **personenbezogenen Daten**. Ja Nein
 - Mitteilung der Untersuchungsergebnisse bei Nichterreichen meines behandelnden Arztes auch an **mitbehandelnde Ärzte oder deren Vertreter**. Ja Nein

Arztanmerkungen:

Ich habe den Patienten/gesetzlichen Vertreter anhand dieses Bogens aufgeklärt und insbesondere folgende Aspekte und Besonderheiten besprochen (Angabe von individuellen Gesprächsinhalten, Gesprächsdauer, ggf. gesetzl. Vertretung, Erläuterung zu Fragen etc.):

.....

.....

Eine deckungsgleiche Erklärung liegt dem Patienten/gesetzlichen Vertreter vor

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient (bei Minderjährigen oder betreuten Personen gesetzl. Vertreter)

Ort, Datum _____ Name, Vorname des Arztes _____ Unterschrift Arzt _____

ID	Version	Freigeber	Freigabe am	Gültig bis
D02920	02	Prof. Dr. med. Mustafa Kemal Özçürümez	05.05.2026	04.05.2029