

# Einwilligung zur genetischen Untersuchung

## Patientendaten (ggf. Aufkleber):

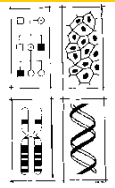
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
☐ männlich ☐ weiblich  
 geb. \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Bitte zurücksenden an:

**Zentrum Med. Genetik Würzburg**  
**Biozentrum, Am Hubland**  
**97074 Würzburg**

**Praxis für Humangenetik**  
**PD Dr. med. Erdmute Kunstmann**  
 Tel.: 0931-3184435, Fax: 0931-45265859  
 E-mail: kunstmann@biozentrum.uni-wuerzburg.de

**Institut für Humangenetik**  
**Arbeitsgruppe Genomische Instabilität**  
**Dr. Reinhard Kalb**  
 Tel.: 0931-3184361, Fax: 0931-3184069  
 E-mail: R.Kalb@uni-wuerzburg.de



07/2020

**Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patienten sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.**

Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:

Über die in Frage stehende Erkrankung / Störung / Diagnose :

☐ ja  
☐ nein

deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung / Vermeidung / Behandlung sowie über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut- / Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden mir beantwortet.

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse auch an folgende/n mitbehandelnde/n Ärztin/Arzt geschickt werden: Frau/Herrn Dr.: \_\_\_\_\_

☐ ja  
☐ nein

Bei der Verwendung von Übersichtsmethoden (Suchtests) können sich Zufallsbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen. Auf die Mitteilung solcher Zufallsbefunde verzichte ich.

☐ ja  
☐ nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial (Blut- oder DNA-Probe) nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden. Für spätere genetische Untersuchungen in der Familie ist es aber häufig wichtig, Vergleichsmaterial zur Verfügung zu haben.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und nachfolgender Untersuchungen in meiner Familie.

☐ ja  
☐ nein

Genetische Proben sind auch wichtiges Vergleichsmaterial für die Qualitätssicherung der genetischen Untersuchungen im Labor.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung).

☐ ja  
☐ nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass die Ergebnisse der Untersuchung nach 10 Jahren vernichtet werden. Häufig sind diese Daten aber auch später noch wichtig für Ihre Kinder und Enkelkinder.

Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke nachfolgender Untersuchungen in meiner Familie.

☐ ja  
☐ nein

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden.

☐ ja  
☐ nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich die eingeleitete Untersuchung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschl. aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

☐ ja  
☐ nein

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genetischen Analyse für die o.g. Fragestellung und zu der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme.

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

Unterschrift der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters \_\_\_\_\_

# Auftrag zur humangenetischen Diagnostik

07/20

Zentrum Medizinische Genetik Würzburg, Biozentrum, Am Hubland, 97074 Würzburg

**Patientendaten (ggf. Aufkleber):**

Name

Vorname

geb.

**Kostenträger:**

- ☐ **GKV-Patient/-in** ► **bitte Ü-Schein 10 beilegen**  
Humangenet. Leistungen belasten NICHT das Laborbudget des anford. Arztes (EBM Kap. 11)
- ☐ **Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patient.)**
- ☐ **Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patient.)**
- ☐ **GOÄ-Rechnung an Einsender/Klinik**  
GOÄ-Abrechnungen erfolgen über die Ärztl. Verrechnungsstelle Büdingen e.V

**MATERIAL: Ca. 10 ml Heparin-Blut**

Bitte Blutröhrchen eindeutig beschriften, bruchsticher verpacken, bei Raumtemperatur aufbewahren und versenden.

Die Probe sollte spätestens am Tag nach der Entnahme im Labor eintreffen.

Bei Fragen: Tel.: **0931 / 3184089****G-Nr.:****UNTERSUCHUNGSauftrag (bitte ankreuzen)****Material**

- ☐ peripheres Vollblut (Heparin)  
☐ leukämisches Blut (Heparin)  
☐ Knochenmark (Heparin)  
☐ DNA  
☐ Hautgewebe  
☐ Fibroblastenkultur  
☐ Fruchtwasser  
☐ Amnionzellen  
☐ Chorionzotten

**Verdachtsdiagnose**

- ☐ Fanconi-Anämie  
☐ Ataxia telangiectasia ★  
☐ Nijmegen-Breakage-Syndrom ★  
☐ zelluläre Radiosensitivität ★

- ☐ klinisch gesichert  
☐ differentialdiagnostisch  
☐ Ausschluss  
☐ prädiktiv  
☐ Pränataldiagnostik

★ **Das Material zu diesen Diagnosen darf bei uns aus organisatorischen Gründen nicht am Freitag eintreffen!**

**Angaben zum Patienten - Bitte sorgfältig ausfüllen!**

Geburtsgewicht:

Postnataler Minderwuchs:

☐ ja ☐ nein

Mikrocephalie:

☐ ja ☐ nein

Ohrfehlbildungen:

☐ ja ☐ nein

Angeborene Herzfehler:

☐ ja ☐ nein

Geistige Retardierung:

☐ ja ☐ nein

Infertilität:

☐ ja ☐ nein

Pigmentstörungen der Haut:

☐ ja ☐ nein

Mikrophthalmie:

☐ ja ☐ nein

Radialstrahlanomalien:

☐ ja ☐ nein

Nierenanomalien:

☐ ja ☐ nein

Genitalfehlbildungen:

☐ ja ☐ nein

Leukämie / Malignome:

☐ ja ☐ nein

Andere Fehlbildungen:

Hämatologische Veränderungen:

Knochenmarkbefund:

weitere Angaben (z.B. Symptome, Stammbaum), wenn möglich, bitte Arztbrief beilegen

Probenentnahme am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Name (bitte in Druckschrift) und

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Stempel des verantwortlichen Arztes

**Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten vorliegt (siehe Seite 1).**