

Klinikum Ludwigshafen**Patientendaten**

Name

Geburtsdatum

Adresse

Arztstempel/Klinik**Einwilligungserklärung**

zur Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich erkläre mich einverstanden, dass aus dem mir/meinem Kind entnommenen Untersuchungsmaterial die Erbsubstanz DNA isoliert und die folgend genannte genetische Untersuchung durchgeführt wird.

Genetische Untersuchung / Abzuklärende Fragestellung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich von der verantwortlichen ärztlichen Person über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt wurde.
- ich der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zustimme.
- ich darauf hingewiesen wurde, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Erkenntnisse verlangen kann.
- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte genetische Untersuchung eingeräumt wurde.
- ich mich jederzeit im Rahmen einer genetischen Beratung über eine mögliche Erkrankung bzw. Ergebnis und Aussagekraft der genetischen Untersuchung informieren kann.

Ich bin damit einverstanden, dass

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

- überschüssiges Untersuchungsmaterial zum Zweck der Überprüfung der Ergebnisse bzw. weiterführender genetischer Untersuchungen bis auf Widerruf archiviert wird.
- überschüssiges Untersuchungsmaterial pseudonymisiert für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke bis auf Widerruf aufbewahrt wird.
- die Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus archiviert werden.
- die Proben bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden, um eine im Zusammenhang mit der Erkrankung stehende Diagnostik durchführen zu lassen.
- die Untersuchungsergebnisse mitbehandelnden Ärzten mitgeteilt werden (die Ergebnisse unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht).
- ich über die Ergebnisse der geplanten Untersuchungen informiert werde.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)

Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

Dateipfad:	https://www.klilu.de/e21875/e22036/e22039/e24805/e30880/e31952/inhalt31957/inhalt31963/Einwilligungserklärung_MD_Version2.0_ger.pdf				
erstellt:	M.Sc. Urban, A. (QMB)	Version:	2.0	Seite:	Seite 1 von 1
Erstelldatum:	29.06.2026	überarbeitet/geprüft:	Lepschy, S. (QMB)	freigegeben:	Dr. Jacobs, M. (Leitung)
		Datum:	29.06.2026	Freigabedatum:	29.06.2026