Ambulanzzentrum des UKE GmbH (MVZ)

Dr. med. Anna Theresia Herget, PD Dr. med. Alexander Volk
Dr. med. Sandra Wilson, Dr. med. Rixa Woitschach

MVZ Fachbereich Humangenetik
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: +49 (0) 40 7410-52120
Fax: +49 (0) 40 7410-55138
humangenetik@uke.de
www.uke.de/mvz/humangenetik

Patient / Patientin Geschlecht: w ☐ m ☐

..... Nachname ..... Vorname

..... geb.: ..... Tel.

..... Straße

..... PLZ ..... Ort

Veranlassende ärztliche Person

..... Name in Blockschrift

..... Datum

..... Unterschrift*

* mit der Unterschrift wird bestätigt, dass eine Aufklärung gemäß GenDG erfolgt ist

Stempel der Einrichtung

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bin nach erfolgter Aufklärung und/oder genetischer Beratung damit einverstanden, dass bei

☐ mir ☐ meinem Kind ☐ der von mir betreuten Person

im Hinblick auf (**Diagnose/Fragestellung**): .....

die dafür erforderliche Blut- bzw. Gewebeentnahme erfolgt und eine genetische Untersuchung am Institut für Humangenetik des UKE oder einer kooperierenden Einrichtung durchgeführt wird.

Nach Vorgaben des GenDG soll das Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Analyse vernichtet werden. Es ist jedoch oftmals sinnvoll, verbleibendes Untersuchungsmaterial aufzubewahren. Hiermit überlasse ich dem Institut für Humangenetik des UKE nicht mehr benötigtes Untersuchungsmaterial für weiterführende Diagnostik, Qualitätssicherung, Lehre und wissenschaftliche Fragestellungen.	ja ☐ nein ☐
Das GenDG sieht vor, dass Ergebnisse genetischer Analysen nach 10 Jahren vernichtet werden. Diese Informationen können u. U. jedoch auch später noch für Sie / Ihre Angehörigen von Bedeutung sein. Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden. Ich stimme einer anonymisierten Verwendung der Befunde für wissenschaftliche Zwecke zu.	ja ☐ nein ☐
Ich wünsche, dass mir Befunde, die nicht mit der ursprünglichen Fragestellung in Verbindung stehen (sog. Zusatzbefunde), mitgeteilt werden, wenn sich hieraus unmittelbare Konsequenzen für die medizinische Behandlung oder Vorbeugung für mich bzw. erhebliche genetische Risiken von Angehörigen ergeben können.	ja ☐ nein ☐

Die Untersuchungsergebnisse dürfen vom veranlassenden Arzt folgenden weiteren Personen (z. B. Haus-/ Kinderarzt) mitgeteilt werden:

Name(n): .....

Mir ist bekannt, dass ich die gemachten Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen oder persönliche Nachteile schriftlich widerrufen kann.

..... Ort, Datum

..... Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. des (gesetzlichen) Vertreters

Genetische Analysen bei Minderjährigen:

..... Ort, Datum

..... Unterschrift der Mutter

..... Unterschrift des Vaters

Gerichtsstand: Hamburg
HRB 91092
USt-Id: DE 23 7671 108

Bank: Hamburger Sparkasse | BIC: HASPDEHHXXX
BLZ: 200 505 50 | Konto: 11 8020 0048
IBAN: DE1920 0505 5011 8020 0048

Geschäftsführung:
Prof. Dr. med. Andreas Krüll |ärztlicher Geschäftsführer
Tillmann Halbuer |kaufmännischer Geschäftsführer