UNIVERSITÄTSKLINIKUM KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS BOCHUM

UKRUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

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

Universitätsklinikum
Knappschaftskrankenhaus Bochum GmbH
In der Schornau 23-25
D-44892 Bochum
Tel.: +49 (0)234 / 299-0
E-Mail: kontakt@kk-bochum.de
Internet: www.kk-bochum.de

Medizinische Klinik – Sektion Laboratoriumsmedizin
Leitung: Univ.-Prof. Dr. M. K. Özçürümez

MVZ Klinikum Westfalen / Praxis für Laboratoriumsmedizin
Zweigstelle
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
☐ Gerinnungsfaktor V, Mutationsnachweis ☐ Prothrombin, Mutationsnachweis ☐ Hämochromatose, Mutationsanalyse	☐ Chromosomale Translokationen, Screening Leukämie-assoziiert ☐ Sonstige: ……..	…… ☐ diagnostisch ☐ prädiktiv/keine Symptome

	Ja	Nein
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**.	☐	☐
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.	☐	☐
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.	☐	☐
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).	☐	☐
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.	☐	☐
Ich möchte über die Ergebnisse der genetischen Analyse, die für mich und meine Familie **für die o.g. Frage praktisch relevant** sind, informiert werden.	☐	☐
Ich bitte auch um **Mitteilung aller Zufallsbefunde**, aus denen sich praktische Konsequenzen ableiten lassen.	☐	☐
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.	☐	☐
- Verwendung meines Probenmaterials durch das Labor in anonymisierter Form für die gesetzlich vorgeschriebene **Qualitätssicherung und wissenschaftliche Zwecke**.	☐	☐
- **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über den Zeitraum der vorgeschriebenen Frist von 10 Jahren hinaus und zur anonymisierten Verwendung der Ergebnisse für wissenschaftliche Zwecke.	☐	☐
- Beauftragung des o.g. Labors mit der Durchführung der genetischen Analyse und der dazu nötigen Weitergabe meiner **personenbezogenen Daten**.	☐	☐
- Mitteilung der Untersuchungsergebnisse bei Nichterreichen meines behandelnden Arztes auch an **mitbehandelnde Ärzte oder deren Vertreter**.	☐	☐

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