

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen

Mit meiner Unterschrift willige ich (**Einwilligungspflicht**) nach erfolgter Aufklärung in die **geplanten genetischen Analysen** und den dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahmen, zur Klärung der folgenden in Frage stehenden Erkrankung / Verdachtsdiagnose, ein:

.....

Ich wurde darauf hingewiesen,

- dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen zurückziehen kann (**Widerrufsrecht**).
- dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (**Recht auf Nichtwissen**).
- dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials sowie aller bis dahin gewonnenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Mit Ihrer Einwilligung darf nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial aufbewahrt werden. Bitte entscheiden Sie, ob und wie nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial verwendet werden darf. Ich bin einverstanden mit der Verwendung dieses Materials	
- zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der erhobenen Ergebnisse, der laboranalytischen Qualitätssicherung und der Verwendung für zukünftige neue Diagnostikmöglichkeiten.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- zum Zwecke der akademischen Lehre und der wissenschaftlichen Forschung.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich willige ein, dass zufällig erhobene Befunde (Zusatzbefunde), die <u>nicht</u> mit der direkten Fragestellung / Verdachtsdiagnose (s.o.) in Verbindung stehen, mitgeteilt werden können, wenn sich hieraus unmittelbare Konsequenzen ¹ für die medizinische Behandlung (Prophylaxe, Therapie) bzw. erhebliche genetische Risiken für mich oder meine Familienangehörige ergeben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<small>¹ Nach aktuellem Wissenstand, angelehnt an Empfehlungen des American College of Medical Genetics & Genomics (ACMG).</small>	
Falls erforderlich, stimme ich der Weiterleitung des Untersuchungsmaterials und Untersuchungsauftrages sowie der dafür benötigten personenbezogenen Daten an weitere externe spezialisierte Laboratorien oder Institute für die o.g. medizinische Fragestellung zu.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich willige ein, dass gewonnene Daten und Ergebnisse der genetischen Untersuchung in verschlüsselter (sog. pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke ¹ genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften veröffentlicht werden können.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<small>¹ u.a. zur Verbesserung des Ursachenverständnisses und der diagnostischen Möglichkeiten.</small>	
Hiermit willige ich ein, dass die personenbezogenen Daten und Ergebnisse der genetischen Untersuchung über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren ¹ hinaus gespeichert werden, ohne dass hierauf Anspruch erhoben wird.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<small>¹ In Übereinstimmung mit Artikel 15(4) Loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, portant création d'un service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé.</small>	
Ich willige ein, dass erhobene Untersuchungsergebnisse, aus denen sich mögliche genetische Risiken für meine Familienangehörigen ergeben, für die Beratung und Untersuchung dieser Personen verwendet werden dürfen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Raum für zusätzliche Vereinbarung(en):

.....

Ich willige ein, dass die verantwortliche ärztliche Person eine **Kopie der Befunde** der Analyse(n) an folgende weitere Ärzte / Personen sendet:

.....

Name und Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Ort, Datum

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie von der verantwortlichen ärztlichen Person über Bedeutung und Tragweite der geplanten genetischen Untersuchung und einer eventuellen Probenentnahme aufgeklärt wurden (**Aufklärungspflicht**). Ihnen ist auch die Notwendigkeit bzw. der mögliche Nutzen der genetischen Untersuchung verständlich geworden. Außerdem wurden mögliche gesundheitliche Risiken, die sich aus der Gewinnung des Probenmaterials, aber auch aus dem Untersuchungsergebnis selbst ergeben könnten (u.a. psychische Belastungen) ausführlich besprochen.

PATIENTENDATEN :	GESETZLICHER VERTRETER :	
Name:	Name:	Name:
Vorname:	Vorname:	Vorname:
Matricule:	Matricule:	Matricule:
Ort, Datum:	Ort, Datum:	Ort, Datum:
Unterschrift :	Unterschrift:	Unterschrift: