



Einwilligung zur Aufbewahrung von genetischem Untersuchungsmaterial und von Untersuchungsergebnissen gemäss Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Die Information zur Aufbewahrung und Verwendung von genetischem Untersuchungsmaterial und von Untersuchungsergebnissen gemäss Gendiagnostikgesetz habe ich gelesen, zur Kenntnis genommen und davon eine Kopie erhalten.

Ich bin einverstanden, dass das Probenmaterial zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführender genetischer Untersuchungen zur Diagnosefindung aufbewahrt wird.

ja nein

Ich bin einverstanden, dass das Probenmaterial für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder pseudonymisierte wissenschaftliche Zwecke (nicht Zutreffendes bitte streichen) aufbewahrt und angewendet wird.

ja nein

Ich bin einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden (z. B. für Kinder und Enkel).

ja nein

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

Einwilligung zur Aufbewahrung und Verwendung von genetischem Untersuchungsmaterial für Forschungszwecke

Die Information zur Aufbewahrung und Verwendung von genetischem Untersuchungsmaterial für Forschungszwecke habe ich gelesen, zur Kenntnis genommen und davon eine Kopie erhalten

Desweiteren stimme ich der Nutzung meiner Probe bzw. der meines Kindes für wissenschaftliche Zwecke freiwillig zu. Ich stimme auch der Veröffentlichung der in einer möglichen Studie erhobenen Daten in vollständig anonymisierter Form zu. Die Proben/Daten werden gemäß den Richtlinien des Datenschutzes kodiert und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Dritte erhalten keinen Einblick in die Daten. Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial

stelle ich der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung.

ich wünsche -- keine -- eine Kontaktaufnahme bei relevanten Ergebnissen für mich oder meine Familie

Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung zur Aufbewahrung der Probe jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile widerrufen kann.

Ort, Datum

Name, Vorname (Druckschrift) Beratender Arzt

Unterschrift

Name, Vorname (Druckschrift) Patient / Erziehungsberechtigter

Unterschrift