Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ unbestimmt		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Landenberg Medical Institute

Arztstempel und Unterschrift	Barcode

Einwilligungserklärung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt:_____ über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung aufgeklärt. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Blut-/Gewebeentnahme und für die Durchführung der folgenden genetischen Analyse:

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform, sowie in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Bereits mitgeteilte Ergebnisse unterliegen der 10-jährigen Aufbewahrungsfrist und können selbst auf Wunsch der untersuchten Person nicht vor deren Ablauf vernichtet werden. Ich bin damit einverstanden, dass Daten für Abrechnungszwecke an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. Falls erforderlich, kann der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.

- Mir ist bekannt, dass ich sämtliche in diesem Formular erteilten Einwilligungserklärungen, oder einzelne davon, jederzeit mit sofortiger Wirkung schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt, dem Primärlabor oder dem genannten beauftragten Labor widerrufen kann; der Widerrufsempfänger wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich (§ 121 BGB) dokumentieren und den weiteren Beteiligten übermitteln ☐ ja
- Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analyse informiert werden. ☐ ja
- Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden. ☐ ja

Mir ist bekannt, dass sich die Befundung auf die Veränderungen konzentriert, die in einem direkten Zusammenhang mit der klinischen Indikation/Diagnose gebracht werden können. Im Falle einer erweiterten Analyse erkläre ich mich zusätzlich mit folgender Befundung einverstanden:

- Von Veränderungen, die nichts mit der bestehenden Symptomatik in Zusammenhang stehen, die aber zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko führen und deren Kenntnis zu einer verbesserten Behandlung und/oder Vorsorge führt (ACMG Richlinie Kalia et al. 2017; Genet. Med). ☐ ja
- Von Veränderungen in bisher nicht krankheitsassoziierten Genen, deren Varianten nur nach weiterer wissenschaftlicher, experimenteller Untersuchung und Bestätigung für klinische Entscheidungen herangezogen werden können. ☐ ja

Ich bin damit einverstanden, dass:

- Die erhobenen Daten nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. ☐ ja
- Die erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke aufbewahrt und genutzt werden. ☐ ja
- Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Probenmaterial und daraus gewonnene Extrakte dem ausführenden Labor übereignet werden und gestatte deren Verwendung für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke in pseudonymisierter Form. ☐ ja

Ort, Datum	Unterschrift des/der Patient/-in bzw. aller gesetzlicher Vertreter	Unterschrift des/der GenDG verantwortlichen Arztes/Ärztin