

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer molekulargenetischen Analyse nach GenDG

Patienten-Etikett

Name, Vorname:

Geb.-Dat.:

Adresse (bei Privatpatienten):

Hiermit gebe ich meine Einwilligung, dass eine molekulargenetische Analyse bei mir/ meinem Kind durchgeführt wird.

Über die in Frage kommende Erkrankung und deren genetische Grundlagen/Ursachen sowie die Aussagemöglichkeiten, Aussagegrenzen, Bedeutung und Tragweite der molekulargenetischen Diagnostik in meinem speziellen Fall bin ich aufgeklärt worden. Ich nehme zur Kenntnis, dass alle Ergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung/Diagnose gemäß Anforderungsschein, notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahmen. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Die erhobenen Ergebnisse werden in Papierform/ elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben für mindestens 10 Jahre gespeichert.

Die Befundung konzentriert sich auf die Veränderungen, welche in einen direkten Zusammenhang mit der klinischen Indikation/Diagnose gebracht werden können. Im Falle eines Zufallsbefundes erkläre ich mich zusätzlich mit der Mitteilung von Ergebnissen einverstanden, aus denen sich praktische Konsequenzen ableiten lassen.

Ja ☐ Nein ☐

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten (Diagnose und Vorerkrankungen) und meine sonstigen abrechnungstechnisch erforderlichen Angaben (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Adressdaten, Angaben zur Krankenkasse, Versicherungsstatus) für die molekulargenetische Analyse notwendigen Umfang verarbeitet werden und dabei auch an die PVS Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden zu Abrechnungszwecken übersandt werden. Diese Weitergabe ist notwendig, um die erbrachten Leistungen gegenüber den Krankenkassen und Krankenversicherungen abzurechnen. **Da eine andere Abrechnungsmöglichkeit nicht besteht, kann bei einer fehlenden Einwilligung die Untersuchung durch die Agendix GmbH nicht durchgeführt werden.**

Ich entbinde in dem für die molekulargenetische Analyse erforderlichen Umfang meinen Arzt/Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Agendix GmbH, Fiedlerstraße 36, 01307 Dresden.

Diese Einwilligung erteile ich freiwillig. Ich kann die Einwilligung ohne Angaben von Gründen jederzeit schriftlich an Agendix GmbH, Fiedlerstraße 36, 01307 Dresden, per E-Mail: labor@agendix.de oder per Fax an 035145697522 mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Der anonymisierten Verwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke stimme ich zu. Ja ☐ Nein ☐

Ort/Datum

Unterschrift Patient/Patientin
bzw. gesetzlicher Vertreter