

# Einwilligung zur Panel-Sequenzierung

## Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 geb. \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Bitte zurücksenden an:

**Zentrum Med. Genetik Würzburg  
 Biozentrum, Am Hubland  
 97074 Würzburg**

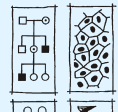


**Praxis für Humangenetik**

**PD Dr. med. Erdmute Kunstmann**

Tel: 0931-3184435, Fax: 0931-45265859

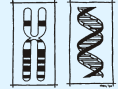
E-Mail: kunstmann@biozentrum.uni-wuerzburg.de



**Institut für Humangenetik, DNA-Labor**

Tel: 0931-3184064, Fax: 0931-3184069

E-Mail: gmeng@biozentrum.uni-wuerzburg.de



**Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patienten.**

*Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und unterschreiben Sie diese, wenn Sie mit allen Punkten einverstanden sind:*

Ich bin damit einverstanden, dass meine DNA bzw. die DNA meines Kindes mittels Panel-Sequenzierung analysiert wird, um die klinische Diagnose einer **erblichen Thrombozytenfunktionsstörung** abzuklären.

ja

Über deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung / Vermeidung / Behandlung sowie über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut- / Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden.

Bei genetischen Analysen können sich Zusatzbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der o.g. Fragestellung stehen. Ich wünsche die Mitteilung solcher Zusatzbefunde.

ja

nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial (Blut- oder DNA-Probe) nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden. Für spätere genetische Untersuchungen in der Familie ist es wichtig, Vergleichsmaterial zur Verfügung zu haben. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und späterer Untersuchungen in meiner Familie.

ja

nein

Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial ist auch wichtiges Vergleichsmaterial für die Qualitätssicherung der genetischen Untersuchungen im Labor. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung).

ja

nein

Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial ist auch wichtig für die Erforschung von biologischen Mechanismen, die zur Entstehung von Krankheiten führen. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke. Meine persönlichen Daten werden dabei unkenntlich gemacht (Anonymisierung).

ja

nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass die Ergebnisse der Untersuchung nach 10 Jahren vernichtet werden. Häufig sind diese Daten aber auch später noch wichtig für Ihre Kinder und Enkelkinder. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke nachfolgender Untersuchungen in meiner Familie.

ja

nein

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung / Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden.

ja

nein

Die Daten der genetischen Analysen werden am Institut für Humangenetik gespeichert und in anonymisierter Form zu Vergleichszwecken bzw. für die Qualitätssicherung in Datenbanken hinterlegt.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen 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 die eingeleitete Untersuchung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschl. aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genetischen Analyse für die o.g. Fragestellung und zu der dafür erforderlichen Blut- / Gewebeentnahme.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters \_\_\_\_\_