

Hausadresse:	Robert-Koch-Str. 40 37075 Göttingen	Internet:	www.kinderklinik.uni-goettingen.de
Telefon:	0551-39-66210	Bei Rückfragen:	Prof. Dr. med. E. Wilichowski
		Telefon:	0551-39-22570 oder 0551-39-22969
		Fax:	0551-39-66252

Einwilligung in eine genetische Untersuchung

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung des Patienten bzw. seines gesetzl. Vertreters ist unbedingte Voraussetzung für die Durchführung der genetischen Untersuchung.

Patient(in) Name: Vorname: Geb.:	ggf. Sorgeberechtigte(r) gesetzliche(r) Betreuer(in)
--	--

Ich bin damit einverstanden, dass die Proben für genetische Untersuchungen bezogen auf folgende Fragestellung verwendet werden
(Indikation)

Ich erkläre, dass ich über die Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten Untersuchungen aufgeklärt worden bin. Die möglichen Ergebnisse der genetischen Untersuchungen wurden in ihren denkbaren Konsequenzen ausführlich erörtert.

Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden nur mit meiner Zustimmung an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte weitergegeben, nicht aber an andere Dritte. Meine Daten werden streng geschützt vor jedem unbefugten Zugriff gespeichert.

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen
 (Bitte entsprechend ankreuzen)

Ich möchte über das Ergebnis der Untersuchung informiert werden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bitte um Mitteilung des Untersuchungsergebnisses an den/die/ mitbehandelnde(n) Arzt/Ärztin, Frau/Herr/Klinik	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird. Dazu überlasse ich das Untersuchungsmaterial dem Zentrum Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Universitätsmedizin Göttingen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass einer der Untersucher bei Bedarf in Zukunft mit mir Kontakt aufnimmt.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen.

Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzliche(r) Vertreter(in) _____ Ort, Datum Patient(in)/ges. Vertreter	Unterschrift Arzt/Ärztin _____ Ort, Datum Arzt/Ärztin
--	---