



**Institut für Neuropathologie**

**Direktor:**  
**Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Weis**  
Pauwelsstr. 30  
52074 Aachen

Tel.: +49 (0)241 80 89428  
Fax: +49 (0)241 80 82416  
neuropathologie@ukaachen.de  
www.neuropathologie.ukaachen.de

## Einwilligung zur genetischen Untersuchung

Bitte zurücksenden an:

**Uniklinik RWTH Aachen**  
**Institut für Neuropathologie**  
**Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Weis**  
**Pauwelsstr. 30**  
**52074 Aachen**  
Tel: +49 (0)241/80-89428  
Fax: +49 (0)241/80-82416  
neuropathologie@ukaachen.de  
<http://www.neuropathologie.ukaachen.de>

### Patientendaten:

Name, Vorname: .....

Geboren: .....Geschlecht:  männlich/  weiblich

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

**Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patientin/des Patienten sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.**

**Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:**

Über die in Frage stehende Erkrankung/Störung/Diagnose:

.....

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. Alle meine Fragen wurden mir beantwortet.

Ja    Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse auch an folgende/n mitbehandelnde/n Ärztin/Arzt geschickt werden:

Frau/Herrn Dr.: .....

Frau/Herrn Dr.: .....

Frau/Herrn Dr.: .....

Ja  Nein

**Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen:**

Ich bin mit der Mitteilung der Ergebnisse der genetischen Untersuchung einverstanden.  Ja  Nein

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.  Ja  Nein

Bei der Verwendung von Übersichtsmethoden (Suchtests) können sich Zufallsbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der o. g. Fragestellung stehen. Auf die Mitteilung solcher Zufallsbefunde verzichte ich.  Ja  Nein

Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor einverstanden.  Ja  Nein

Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.  Ja  Nein

Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden.  Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Untersuchungen verwendet werden können und überschüssiges Untersuchungsmaterial zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird.  Ja  Nein

Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.  Ja  Nein

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.

Ja  Nein

**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 (Patientin/Patient; gesetzliche(r) Vertreterin/Vertreter)