Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Institut für Pharmakogenetik
und genetische Disposition

Einwilligungserklärung

Vertragsarztstempel / Unterschrift überweisende/r Ärztin/Arzt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen, Ihren Angehörigen und/oder Ihrem Kind ist es nach Einschätzung der/s behandelnden Ärztin/Arztes möglich, dass eine Variante des Erbgutes besteht, die entweder bereits zu Krankheitszeichen geführt hat oder möglicherweise in Zukunft zu einer Erkrankung führen kann. Für die Untersuchung einer genetischen Variante ist in der Regel eine Blutprobe erforderlich.

Die Durchführung einer genetischen Untersuchung muss durch die rechtswirksame schriftliche Einwilligungserklärung der Patientin/des Patienten oder der/s gesetzliche(n) Vertreter/in bestätigt werden. Die Aufklärung muss in der Patientenakte schriftlich dokumentiert sein, auch dann, wenn der Patient/die Patientin oder die/der gesetzliche Vertreter/in nach Aufklärung der Beratungsinhalte ihren Verzicht auf die Wahrnehmung einer genetischen Beratung erklärt haben.

Mit Ihrer nachstehenden Unterschrift bestätigen Sie,

- dass Sie von Ihrer/m behandelnden Ärztin/Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt wurden und diese verstanden haben.
- dass Ihnen ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die genetische Untersuchung gegeben wurde.
- dass Ihnen bekannt ist, dass Sie die Einwilligung in die genetische Untersuchung jederzeit auch mündlich widerrufen können.
- dass Sie mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden sind.

Ich habe ein Knochenmark-Transplantat erhalten

- ◯ ja (bitte Wangenschleimhautabstriche einsenden, kein Blut)
- ◯ nein

Mein genetisches Geschlecht ist

- ◯ weiblich
- ◯ männlich

Datum Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG).
Das GenDG schreibt eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vor.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung.

Mit der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Untersuchungsergebnisses bzw. weiterer genetischer Untersuchungen bin ich

- ◯ einverstanden
- ◯ nicht einverstanden.

Mit der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen bzw. zu wissenschaftlichen Zwecken in anonymisierter Form bin ich

- ◯ einverstanden
- ◯ nicht einverstanden.

Mit der Aufbewahrung des Untersuchungsergebnisses über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus bin ich

- ◯ einverstanden
- ◯ nicht einverstanden.

Weitere Befundempfänger/innen

Praxisstempel mitbehandelnde/r Ärztin/Arzt

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsergebnisses an o. g. mitbehandelnde(n) Ärztin/Arzt bin ich einverstanden

Datum Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

Institut für Pharmakogenetik
und genetische Disposition
Postfach 10 11 47
30832 Langenhagen

Ostpassage 9
30853 Langenhagen
Telefon 0511 20 30 448
Telefax 0511 20 30 447

Hermann-Ehlers-Straße 9
31224 Peine
Telefon 05171 802 31 31
Telefax 05171 806 28 80

info@ipgd-labore.de
www.ipgd-labore.de

Stand 28.01.2026