

# Einverständniserklärung gem. GenDG

Patient/in Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Die geplante(n) Gen-Analyse(n) bitte ankreuzen:

- DNA Addukte / DNA Adducts\*
- SOD 1 – 3\* / superoxide dismutase-1-3 (coded on chromosome 21.q22.1, 6p25.3, 4p15.3-p15.1)

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters ist unbedingte Voraussetzung für die Durchführung der genetischen Untersuchung. Nähere Informationen zum GenDG finden Sie unter: [www.IGL-Labor.de](http://www.IGL-Labor.de)

\*Bitte eine (Gel-)Serum-Monovette/Vacutainer entnehmen, bei beiden Parametern gemeinsam genügt eine Monovette/Vacutainer.

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der Untersuchung in meinem speziellen Fall aufgeklärt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Abnahme einer Blutprobe und der Durchführung einer genetischen Diagnostik einverstanden und habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass ggf. verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt sowie Qualitätssicherung (Kontrollprobe) und gegebenenfalls weitere diagnostische Untersuchungen bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann (nicht namentlich gekennzeichnet).	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass ggf. erhobene Daten / Ergebnisse in anonymisierter Form für Zwecke der Lehre und Ausbildung sowie für wissenschaftliche Zwecke zur Erforschung der Epigenetik verwendet werden können.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsbefund durch meinen behandelnden Arzt an einen weiterbehandelnden Arzt übermittelt werden kann.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mir ist bekannt, dass Befunde durch das IGL-Labor ausschließlich an meinen Arzt ausgehändigt / übermittelt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

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

Unterschrift des/der Patient/in,  
ggf. Erziehungsberechtigte/r | gesetzliche/r Vertreter/in \_\_\_\_\_

Name des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin gem. GenDG \_\_\_\_\_

Praxisstempel: