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

(Adressfeld entspricht Überweisungsscheinformat. Ausfüllen mit Drucker möglich.)

Geschlecht des Patienten:

☐ männlich ☐ weiblich ☐ unbestimmt

Ethnische Herkunft .....

CBT

www.cbtmed.de

Stempel

G Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

- Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die Untersuchungen und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit den genetischen Untersuchungen einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber dem behandelnden Arzt schriftlich oder mündlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ein mündlicher Widerruf wird unverzüglich dokumentiert und auch dem untersuchenden Labor übermittelt.
- Ich gebe mein Einverständnis, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden.
- Ich möchte über Neben- und Zufallsbefunde im Rahmen dieser Untersuchung informiert werden, wenn sie für meine Gesundheit oder die meiner Blutsverwandten von Relevanz sind.
- Ich stimme zu, dass die Ergebnisse länger als die gesetzliche Frist von 10 Jahren gespeichert werden. Ein Anspruch auf die Speicherung besteht nicht.
- Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung dokumentiert werden.
- Laut Gendiagnostikgesetz muss nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach 10 Jahren oder auf Ihren Wunsch hin sofort vernichtet werden. Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DNA) länger als die gesetzliche Frist aufbewahrt wird und für spätere genetische Untersuchungen archiviert wird. Das verbleibende genetische Material übereigne ich dem untersuchenden Labor in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung sowie zu Forschungszwecken.

Ich habe den Text gelesen und verstanden. Ich bin mit allen Punkten einverstanden.

Mein Hausarzt/Facharzt soll einen Bericht bekommen. Ich bekomme auch einen Bericht.

(Unzutreffendes bitte streichen)

Ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten.

..... X .....

Ort, Datum Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

.....

Unterschrift Arzt/Ärztin

004+303-Version 5.4 (02/2024)-F013

© 2024 - CBT Bonn MVZ GmbH | Am Propsthof 3 | 53121 Bonn