

# Medizinisches Labor Ostsachsen MVZ eGmbH

**Standort Bautzen**  
Flinzstraße 1, 02625 Bautzen  
Tel. 03591-48900  
Fax 03591-489021

**Standort Görlitz**  
Cottbuser Straße 11, 02826 Görlitz  
Tel. 03581-669310  
Fax 03581-6693985

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

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett einkleben!

**Medizinisches Labor Dresden MVZ**  
Bremer Straße 57, 01067 Dresden  
Tel. 0351-31406100  
Fax 0351-3140610337

## Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bin zu meiner genetischen Fragestellung gemäß GenDG beraten worden. Ich hatte Gelegenheit, mit meinem beratenden Arzt über die Aussagekraft sowie die Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung zu sprechen.

Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt, habe keine weiteren Fragen und benötige keine weitere Bedenkzeit. Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und willige in die Abnahme einer Probe sowie die Durchführung der folgenden genetischen Untersuchung(en) ein:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

### Erklärungen zum Umgang mit Untersuchungsmaterial und Untersuchungsergebnissen

Ich bin einverstanden mit der Entnahme des Untersuchungsmaterials (z. B. Blut, Nabelschnurblut, Fruchtwasser, Haare, Mundschleimhautpartikel, Gewebe, usw.).

Ja  Nein

Ich bin einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann, falls die Untersuchung im Medizinischen Labor Ostsachsen MVZ GbR nicht möglich sein sollte.

Ja  Nein

Ich bitte auch um Mitteilung von Zufallsbefunden, aus denen sich praktische Konsequenzen ableiten lassen.

Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden, ohne darauf Anspruch zu erheben.

Ja  Nein

Ich bin einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken (z. B. in medizinischen Datenbanken) genutzt werden können.

Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse(n) zusätzlich an folgende Ärzte/Personen geschickt werden: \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DNA) nach Abschluss der beauftragten Untersuchungen nicht nach gesetzlicher Vorgabe unverzüglich vernichtet wird, sondern ich übereigne das verbleibende genetische Material in anonymisierter Form dem untersuchenden Labor zur Qualitätssicherung sowie zu Forschungszwecken.

Ja  Nein

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO). Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Diese Einwilligungserklärung oder Teile davon können jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der nach GenDG verantwortlichen ärztlichen Person