

## Einverständniserklärung zur genetischen Untersuchung und Datenschutz

Geplante genetische Untersuchung (anzukreuzen vom Arzt):

- Gerinnungsstörung (Thrombose- und/oder Blutungsneigung, Mangel an Blutplättchen, Blutarmut incl. Thalassämie und Hämoglobinopathie)
- Andere: \_\_\_\_\_

Ich wurde für mich bzw. mein Kind (als gesetzlicher Vertreter) von meinem behandelnden Arzt über die Bedeutung und Konsequenzen der geplanten Diagnostik, deren Art und Umfang, den Anspruch auf genetische Beratung, das Recht auf Widerruf der Erklärung und das Recht auf Nicht-Wissen, die gesetzliche Vorschrift zur Vernichtung der Ergebnisse nach 10 Jahren sowie die Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung aufgeklärt.

Bezüglich des Datenschutzes wurde ich darauf hingewiesen, dass Daten an Dritte nur dann weitergegeben werden dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z. B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung oder wegen des Infektionsschutzgesetzes) oder wenn ich meine Einwilligung dazu erteilt habe. Diese ist insbesondere dazu nötig, damit die Ärzte des Gerinnungszentrums Rhein-Ruhr, im Folgenden GZRR genannt, Nachbehandler oder Dienstleistungserbringer adäquat informieren können. Ich wurde diesbezüglich auf die Patienteninformation zum Datenschutz auf <a href="http://www.gzrr.de">http://www.gzrr.de</a> und auf den Aushang im Wartebereich verwiesen. Auf Wunsch kann ich ein Informationsblatt erhalten.	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Ich stimme der Blutabnahme zu.	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Ich stimme der Mitteilung des Befundes an mich zu.	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Ich willige ein, daß die ärztliche Praxis, die meine Überweisung ausgestellt hat, meinen Befund mitgeteilt bekommt	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Ich stimme der Übermittlung an weitere Ärzte zu, konkret:	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisierte medizinisches Partnerlabor weitergeleitet werden.	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Ich stimme der anonymen Verwendung der Probe zu internen Kontrollzwecken zu	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein
Ich stimme der Mitteilung an nahe Verwandte, falls sie sich für eine Familienuntersuchung vorstellen, zu. Das GZRR wird diese nicht aktiv ansprechen. Es steht mir frei, meine Kinder, Geschwister oder Eltern zu informieren, dass sie ggf. auch von einer erblichen Veranlagung oder Erkrankung betroffen sind.	<input type="checkbox"/>	ja
	<input type="checkbox"/>	nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber den Ärzten des GZRRs nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Ich entbinde die Ärzte des GZRRs, meine behandelnden Ärzte und ein ggf. beauftragtes spezialisiertes Labor untereinander von der Schweigepflicht.

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

ggf. gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Duisburg, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

