

Einverständniserklärung zur genetischen Untersuchung und zum Datenschutz

Geplante genetische Untersuchung (vom Arzt anzukreuzen):

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

Aufklärung

Ich wurde für mich bzw. als gesetzlicher Vertreter für mein Kind von meinem behandelnden Arzt umfassend aufgeklärt über:

- Bedeutung und mögliche Konsequenzen der geplanten genetischen Diagnostik
- Art und Umfang der Untersuchung
- meinen Anspruch auf genetische Beratung
- das Recht auf Widerruf dieser Erklärung
- das Recht auf Nichtwissen
- die gesetzliche Vorgabe zur Vernichtung der Untersuchungsergebnisse nach zehn Jahren
- die Vernichtung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung

Datenschutz

Ich wurde darauf hingewiesen, dass eine Weitergabe von Daten an Dritte nur erfolgt, wenn dies gesetzlich vorgeschrieben ist (z. B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung oder aufgrund des Infektionsschutzgesetzes), oder wenn ich ausdrücklich eingewilligt habe.

Eine Einwilligung ist insbesondere erforderlich, damit die Ärzte des Gerinnungszentrums Rhein-Ruhr (im Folgenden GZRR) sowie ggf. beteiligte Nachbehandler oder Dienstleistungserbringer angemessen informiert werden können.

Ich wurde auf die Patienteninformation zum Datenschutz unter www.gzrr.de sowie auf den Aushang im Wartebereich hingewiesen. Auf Wunsch kann mir ein Informationsblatt ausgehändigt werden.

Zustimmungserklärungen (bitte ankreuzen)

Ich stimme der Mitteilung des Befundes an mich zu.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich stimme der Weitergabe meines Befundes an die überweisende Praxis zu.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich stimme der Weitergabe an weitere behandelnde Ärzte zu, konkret: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Partnerlabor weitergeleitet werden kann.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich stimme der anonymisierten Verwendung meiner Probe zu internen Kontrollzwecken zu.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin mit der Aufbewahrung des Probenmaterials zur möglichen Ergebnisüberprüfung oder weiterführenden genetischen Untersuchungen einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich stimme der Mitteilung relevanter Informationen an nahe Verwandte zu, falls diese eine Familienuntersuchung wünschen. Das GZRR wird diese nicht aktiv kontaktieren. Es bleibt mir überlassen, meine Kinder, Geschwister oder Eltern zu informieren, falls eine erbliche Veranlagung oder Erkrankung vorliegen könnte.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich stimme der Übertragung meines Befundes in die elektronische Patientenakte (ePA) zu.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bereits erfolgte, durch diese Einwilligung gedeckte Datenweitergaben bleiben davon unberührt und rechtmäßig.

Ich entbinde hiermit die Ärzte des GZRR, meine behandelnden Ärzte sowie ggf. beauftragte spezialisierte Labore gegenseitig von der Schweigepflicht.

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

ggf. gesetzlicher Vertreter: _____

Duisburg, den ____ . ____ . ____

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter: _____ Unterschrift Arzt: _____

