

# Prädiktive / vorgeburtliche genetische Untersuchung oder Heterozygotentestung

## Patientenangaben (obligat)

Name, Vorname: weiblich  männlich   
Geb.-Datum: Schwanger: Nein  Ja , SSW: .....  
Art des Untersuchungsmaterials: Entnahmedatum: .....  
Indexfall in Familie (z.B. „Vater“, „Mutter“, „Sohn“, „Tochter“...):  
Molekulargenetischer Befund bei Indexfall in der Familie erhoben:  
Nein   
Ja , Befund: ..... oder: Kopie beigelegt

## Aufklärung und Einwilligungserklärung bezüglich genetischer Analysen

Hiermit bestätige ich, dass ich entsprechend dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) aufgeklärt, informiert und genetisch beraten wurde über:

- die Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten Untersuchung,
- die Art und den Umfang der genetischen Analyse,
- die Wahrscheinlichkeit von jeweils 50%, dass Genvarianten / Mutationen an Kinder weitervererbt werden können,
- meinen Anspruch auf angemessene Bedenkzeit zur Einwilligung in die genannte Untersuchung,
- mein jederzeitiges Recht auf Widerruf der Einwilligung und mein Recht auf Nicht-Wissen,
- die Vernichtung der Untersuchungsergebnisse nach 10 Jahren,
- die Vernichtung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung,

Ich bin einverstanden:

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

- mit der Entnahme von Probenmaterial,
- mit der angeforderten molekular-/ zytogenetischen Diagnostik zur Abklärung eines Risikos bzgl.

- .....
- , dass die Untersuchungsergebnisse an mich und an die mitbehandelnden Ärzte mitgeteilt werden dürfen,
  - , dass der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes Labor weitergeleitet werden darf,
  - , dass die Probe anonymisiert für technische Kontrollzwecke weiterverwendet werden kann.

.....  
Ort/ Datum

.....  
Unterschrift  
Patientin bzw. Sorgeberechtigte(r)

Ersatzweise Erklärung der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes:

Patient wurde gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt, genetisch beraten und ist mit der angeforderten Untersuchung sowie der dafür notwendigen Probenentnahme einverstanden.

.....  
Ort/ Datum

.....  
Unterschrift + Stempel  
verantwortliche Ärztin/Arzt