

**MEDIZINISCHE FAKULTÄT**  
HUMANGENETIK

Gebäude MA5/144  
z.H. Frau Rodepeter  
Universitätsstr. 150, 44801 Bochum

**PROF. DR. MED. JÖRG T. EPPLEN**

Fon +49 (0)234 32-23839  
Fax +49 (0)234 32-14196  
joerg.t.epplen@rub.de  
www.rub.de/mhg

## Einverständniserklärung

zur umseitig angeforderten genetischen Diagnostik

1) Mit meiner umseitigen Unterschrift erkläre ich mich nach ausreichender Bedenkzeit damit einverstanden, dass mir / meinem Kind / der von mir betreuten Person

.....

(Name und Geburtsdatum in Druckschrift)

entnommenes Blut (Gewebe) auf genetische Veränderungen zur Abklärung des umseitig genannten Krankheitsbilds / genetischen Risikos untersucht wird. Ebenso erkläre ich, dass ich über die Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten Untersuchungen sowie über die Konsequenzen, die sich aus dem Befund ergeben, aufgeklärt worden bin. Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren. Über die Möglichkeit einer genetischen Beratung wurde ich informiert.

2) Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass sich, insbesondere bei der *Array*-Untersuchung, Befunde ergeben können, die nicht mit der eigentlichen Fragestellung in Zusammenhang stehen. Ich möchte über derartige Zufallsbefunde informiert werden:

- Nein
- Nur, wenn sich daraus eine therapeutische oder vorbeugende Konsequenz für mich oder meine Nachkommen bzw. Angehörigen ergibt
- Ja

3) Ich bin mit der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und für eventuelle Zusatzuntersuchungen (auch wissenschaftlicher Art) ohne zeitliche Befristung einverstanden (laut Gendiagnostik-Gesetz (GenDG) muss die Probe sonst nach Beendigung der Untersuchung vernichtet werden).

4) Meine Angaben und die Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung, auf meine Anforderung hin, an andere Personen (Familienangehörige oder weitere behandelnde Ärzte) weitergegeben. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchungen in Papierform sowie in elektronischer Form über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren hinaus gespeichert/aufbewahrt (z.B. für Familienuntersuchungen) und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden dürfen.

Diese Einwilligungserklärung ist jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise widerrufbar, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Nicht zutreffende Passagen können gestrichen werden.

