

Patient*innendaten

Klinik / Station / Praxis

Ärztliche Leitung:
PD Dr. med. Ekkehart Lausch

Probeneinsendung:
Kinder- und Jugendklinik
Breisacher Straße 62, 79106 Freiburg
Telefon: +49 (0)761 270-43572

Anforderung molekulare Karyotypisierung (aCGH) postnatal und Einwilligung nach Gendianostikgesetz (GenDG) - KJK

Patientendaten (wenn kein Etikett vorhanden)

Name, Vorname: _____

geb.: _____ Geschlecht: m w

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Krankenkasse: _____

Abrechnungsinformationen

- Privatversichert stationär intern* GKV (bitte Ü-Scheine 6 & 10 beifügen)
 Selbstzahler* stationär extern*

*Rechnungsadresse unbedingt angeben: _____

Art des Probenmaterials

- Heparin-Blut EDTA-Blut Abortmaterial Totgeburt
 Sonstiges: _____

Besteht eine Schwangerschaft: nein ja, SSW: _____

Indikation und ergänzende Informationen

Anamnese, Klinik, Vorbefunde, Familienanamnesen, ggf. Stammbaum (ratsuchende/-n Patient/-in mit Pfeil markieren); Fehl- und Totgeburten; ggf. Angaben auf zusätzlichem Blatt

Dysmorphien, Fehlbildungen, Indikation:

Geburtsgewicht: _____ g Länge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Geburts termin/SSW: _____ spontan eingeleitet

Retardierung: nein ja, folgende: Wachstum statomotorisch geistig

Therapie mit Kortikoiden/Immunsuppressiva/Antibiotika: nein ja

Datum _____

ärztliche Unterschrift und Stempel _____

ggf. E-Mail _____



60209354 ForManFR / 09.12.2024

Anforderung molekulare Karyotypisierung (aCGH) postnatal und Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) - KJK

Einwilligung

Allgemeine Informationen zu genetischen Untersuchungen wurden mir verständlich erläutert.

Über die in Frage stehende Erkrankung/Störung/Diagnose

deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung und Behandlung sowie über Zweck, Art, Umfang, Aussagemöglichkeiten und Grenzen der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut-/Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden.

Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meines **Untersuchungsmaterials** nach Abschluss der Diagnostik zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, der **Qualitätskontrollen** und ggf. für **zukünftige neue Diagnosemöglichkeiten** für die oben genannte Fragestellung einverstanden. ja nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass die **Ergebnisse der Untersuchung** nach 10 Jahren vernichtet werden. Häufig sind diese Daten aber auch später für Sie oder Ihre Angehörigen wichtig. Ich bin mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren (maximal 30 Jahre) einverstanden. ja nein

Meine **Ergebnisse der genetischen Untersuchung/-en** dürfen für die Beratung bzw. Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden. ja nein

Ich stimme nur zu für: _____

Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges **Untersuchungsmaterial** sowie die erhobenen Daten in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form zur **Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen** verwendet und Ergebnisse in Fachzeitschriften in anonymisierter Form veröffentlicht werden. Dazu überlasse ich das Material / die Daten dem Institut für Humangenetik, Universitätsklinikum Freiburg. ja nein

In seltenen Fällen werden **Zusatzbefunde** erhoben, die **nicht** im Zusammenhang mit der o. g. Fragestellung stehen und nach aktuellem Wissensstand eine gesundheitliche Bedeutung für mich oder meine Familie haben. Über diese Befunde möchte ich informiert werden. ja nein

Ich bin mit der **Weiterleitung** des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Labor einverstanden (wenn notwendig; unsere Kooperationspartner s. Homepage). ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Patientenunterlagen kurzzeitig einem externen Dienstleister (Heydt-Verlags-GmbH) zur **Digitalisierung** überlassen werden. ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde von der verantwortlichen ärztlichen Person an folgende Ärzte geschickt werden:

Name	Adresse



Anforderung molekulare Karyotypisierung (aCGH) postnatal und Einwilligung nach Gendianostikgesetz (GenDG) - KJK

Einwilligung

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine freiwillige Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung/Störung notwendig sind, sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahmen.

Den vorausgehenden Text habe ich gelesen und verstanden. Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben, meine Fragen zu besprechen. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit vor der Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meine freiwillige Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen, und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren. Mir ist bekannt, dass ich die eingeleitete Untersuchung jederzeit widerrufen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Untersuchungsproben sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Ihren Widerruf richten Sie bitte schriftlich an folgende Adresse:

Diagnostiklabor Pädiatrische Genetik
Ärztliche Leitung:
PD Dr. med. Ekkehart Lausch
Kinder- und Jugendklinik
Breisacher Straße 62, 79106 Freiburg

Hinweis zu Ihren Datenschutzrechten gemäß Art. 15 – 21 DSGVO:

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkungen der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den Datenschutzbeauftragten des Klinikums oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für unser Unternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist der Landesdatenschutzbeauftragte in Baden Württemberg.

Universitätsklinikum Freiburg
Datenschutzbeauftragter
Breisacher Straße 153
79110 Freiburg

Telefon: 0761 270-0
Telefax: 0761 270-20200
E-Mail: datenschutz@uniklinik-freiburg.de

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und Telefon: 0711 615541-0

die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Königstraße 10 a
70173 Stuttgart

Telefax: 0711 615541-15
E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de

Datum

X

Unterschrift Patient/in

ärztliche Unterschrift und Stempel

Ich handle als Vertreter/in
mit Vertretungsmacht /
gesetzl. Vertreter/in /
Betreuer/in

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

X

Unterschrift Vertreter/in

Aufklärender Arzt

Name, Vorname	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

 Stempel
aufklärender Arzt

 FormManFR / 09.12.2024
60209354