

Ort, Datum

Eindruck Patientendaten

-Barcode-Aufkleber-
Vergibt das Labor

Unterschrift / Praxisstempel

Formular F1

Ausfertigung Patient

Einwilligung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Pharmakogenetische Untersuchung

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt/ meiner behandelnden Ärztin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der geplanten pharmakogenetischen Untersuchung aufgeklärt und hatte ausreichend Bedenkzeit, sowie Gelegenheit offene Fragen zu besprechen. Das Informationsblatt „Aufklärung vor pharmakogenetischen Untersuchungen“ habe ich erhalten, gelesen und verstanden.

Mit meiner nachstehenden Unterschrift erkläre ich, dass ich einverstanden bin mit

- der erforderlichen **Abnahme von Probenmaterial** (Blut- oder Speichelprobe).
- der **Durchführung der pharmakogenetischen Untersuchung**.
- der **Speicherung der Ergebnisse** sowie der Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in elektronischer sowie in Papierform gemäß den Bestimmungen des GenDG und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Darüber hinaus gebe ich folgende Einwilligungen. Ich bin damit einverstanden, dass

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| • verbleibendes Probenmaterial für eine Überprüfung des Untersuchungsergebnisses bzw. der Qualitätssicherung im Labor sowie für Verbesserungen der diagnostischen Verfahren, ausschließlich im Rahmen der vorliegenden Fragestellung, aufbewahrt und verwendet werden kann. | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| • verbleibendes Probenmaterial und Untersuchungsergebnisse pseudonymisiert für Forschungszwecke verwendet werden können. | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| • meine Untersuchungsergebnisse über den Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden, um für mich wiederverwendet werden zu können. | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Ich wurde außerdem darauf hingewiesen, dass ich

- meine gegebenen Einwilligungen jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.
- das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen).
- eine begonnene Laboruntersuchung bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Probenmaterials sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Ort, Datum

Eindruck Patientendaten

-Barcode-Aufkleber-
Vergibt das Labor

Unterschrift / Praxisstempel

Formular F1

Ausfertigung Arzt

Einwilligung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Pharmakogenetische Untersuchung

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt/ meiner behandelnden Ärztin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der geplanten pharmakogenetischen Untersuchung aufgeklärt und hatte ausreichend Bedenkzeit, sowie Gelegenheit offene Fragen zu besprechen. Das Informationsblatt „Aufklärung vor pharmakogenetischen Untersuchungen“ habe ich erhalten, gelesen und verstanden.

Mit meiner nachstehenden Unterschrift erkläre ich, dass ich einverstanden bin mit

- der erforderlichen **Abnahme von Probenmaterial** (Blut- oder Speichelprobe).
- der **Durchführung der pharmakogenetischen Untersuchung**.
- der **Speicherung der Ergebnisse** sowie der Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in elektronischer sowie in Papierform gemäß den Bestimmungen des GenDG und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Darüber hinaus gebe ich folgende Einwilligungen. Ich bin damit einverstanden, dass

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| • verbleibendes Probenmaterial für eine Überprüfung des Untersuchungsergebnisses bzw. der Qualitätssicherung im Labor sowie für Verbesserungen der diagnostischen Verfahren, ausschließlich im Rahmen der vorliegenden Fragestellung, aufbewahrt und verwendet werden kann. | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| • verbleibendes Probenmaterial und Untersuchungsergebnisse pseudonymisiert für Forschungszwecke verwendet werden können. | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| • meine Untersuchungsergebnisse über den Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden, um für mich wiederverwendet werden zu können. | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Ich wurde außerdem darauf hingewiesen, dass ich

- meine gegebenen Einwilligungen jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.
- das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen).
- eine begonnene Laboruntersuchung bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Probenmaterials sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Ort, Datum

Eindruck Patientendaten

-Barcode-Aufkleber-
Vergibt das Labor

Unterschrift / Praxisstempel

Formular F1

Ausfertigung Labor

Einwilligung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Pharmakogenetische Untersuchung

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt/ meiner behandelnden Ärztin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der geplanten pharmakogenetischen Untersuchung aufgeklärt und hatte ausreichend Bedenkzeit, sowie Gelegenheit offene Fragen zu besprechen. Das Informationsblatt „Aufklärung vor pharmakogenetischen Untersuchungen“ habe ich erhalten, gelesen und verstanden.

Mit meiner nachstehenden Unterschrift erkläre ich, dass ich einverstanden bin mit

- der erforderlichen **Abnahme von Probenmaterial** (Blut- oder Speichelprobe).
- der **Durchführung der pharmakogenetischen Untersuchung**.
- der **Speicherung der Ergebnisse** sowie der Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in elektronischer sowie in Papierform gemäß den Bestimmungen des GenDG und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Darüber hinaus gebe ich folgende Einwilligungen. Ich bin damit einverstanden, dass

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| • verbleibendes Probenmaterial für eine Überprüfung des Untersuchungsergebnisses bzw. der Qualitätssicherung im Labor sowie für Verbesserungen der diagnostischen Verfahren, ausschließlich im Rahmen der vorliegenden Fragestellung, aufbewahrt und verwendet werden kann. | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| • verbleibendes Probenmaterial und Untersuchungsergebnisse pseudonymisiert für Forschungszwecke verwendet werden können. | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| • meine Untersuchungsergebnisse über den Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden, um für mich wiederverwendet werden zu können. | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Ich wurde außerdem darauf hingewiesen, dass ich

- meine gegebenen Einwilligungen jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.
- das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen).
- eine begonnene Laboruntersuchung bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Probenmaterials sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift Arzt