

 Universitätsklinikum Halle (Saale)	Einwilligungserklärung: zur Durchführung genetischer Analysen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) und EU- Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)	F
	Version 1.1 / gültig ab 23.04.2026	VK1 öffentlich

Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung

Patientendaten/Aufkleber		
Name, Vorname _____		
geb. am _____	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße _____		
PLZ, Ort _____		

Ich wurde vor der Probenentnahme zu Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft sowie gesundheitlichen Risiken der Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz informiert und aufgeklärt. Ich wurde informiert, dass die Proben oder die erhobenen Daten im Rahmen des Ausfallkonzepts bzw. bei nicht angebotener Diagnostik als Analyseauftrag an Dritte verschickt werden können. Weiterhin werden Daten ggf. für die Abrechnung der Diagnostik zur jeweiligen Krankenkasse übermittelt. **Ich erkläre mich mit der Probenentnahme und Durchführung von genannten Analyse(n) einverstanden.** Ich wurde über mein Recht auf Nichtwissen sowie über die Möglichkeit informiert, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen; mir ist zudem bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit abbrechen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

- Indikation (oder angeforderte Analyse) – Angaben zwingend erforderlich:

Für die Interpretation genetischer Daten ist es häufig notwendig, sich mit weiteren Kollegen/-innen auszutauschen. Ich bin damit einverstanden, dass ein fachlicher- und Datenaustausch mit Kollegen/-innen bzw. die diesbezügliche Diskussion in interdisziplinären Fallkonferenzen / Boards stattfinden darf. Ich stimme ausdrücklich zu, dass die bei mir erhobenen genetischen Befunde und Gutachten in den zentralen Patientenmanagementsystemen des Universitätsklinikums Halle (Saale) UKH hinterlegt und für medizinisches Personal aller Fachrichtungen zugänglich gemacht werden dürfen ja nein

Ich bin zudem einverstanden mit:

- der **Aufbewahrung von Probenmaterial** z. B. für ergänzende Untersuchungen. ja nein
- der **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus. ja nein
- der **Mitteilung der Untersuchungsergebnisse** der genetischen Analysen.? ja nein
- der Verwendung meiner **Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienangehörigen** auf deren Wunsch, auch über meinen Tod hinaus. ja nein
- der **Speicherung** meiner **genetischen Befunde** im jeweiligen Patientenverwaltungssystem für meine behandelnden Ärzt:innen. ja nein
- der Aufbewahrung und vollständigen Verwendung von pseudonymisiertem **Untersuchungsmaterial und/oder Befunden für wissenschaftliche Zwecke** in Form von kumulativen Publikationen zu Fallserien innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie zur Qualitätssicherung. ja nein
- der **zukünftigen Kontaktaufnahme** durch Mitarbeitende der Universitätsmedizin Halle zu klinischen oder wissenschaftlichen Zwecken, z. B. einer Re-Analyse vorheriger genetischer Ergebnisse. ja nein

In seltenen Fällen können Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen. Nach der Empfehlung der ACMG (Amerikanisches Kollegium für medizinische Genetik und Genomik) berichten wir auf Ihren Wunsch hin (wahrscheinlich) krankheitsverursachende Varianten in ca. 80 Genen (u. A. für Tumor-, Bindegewebs- und Herzerkrankungen), für die Behandlungskonsequenzen bestehen (bspw. Möglichkeiten der Therapie, Vorsorge, Früherkennung). Über diese Erkenntnisse möchte ich informiert werden. ja nein

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten/des gesetzlichen Vertreters	Name, Unterschrift des aufklärenden Arztes/Ärztin
------------	--	---