

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Adresse des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Barcode (falls vorhanden) oder Praxisstempel		Geschlecht <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.

**Untersuchung bitte ankreuzen:**

<input type="checkbox"/> HLA-B27	<input type="checkbox"/> MTHFR-Genest Hyperhomocysteinämie
<input type="checkbox"/> HLA-DQ2, HLA-DQ8 Zöliakie Risikogene	<input type="checkbox"/> DAO-Polymorphismus Histaminintoleranz
<input type="checkbox"/> Hereditäre Hämochromatose C282Y, H63D	<input type="checkbox"/> Gluthation-S-Transferase, GST
<input type="checkbox"/> Faktor V „Leiden“-Mutation	<input type="checkbox"/> Catechol-O-Methyltransferase, COMT
<input type="checkbox"/> Faktor II, Prothrombin-Mutation 20210A-Mutation	<input type="checkbox"/> Superoxid-Dismutase, SOD
<input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz LCT-Gen	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz Aldolase-B-Gen	_____

## Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG u. DSGVO)

Bitte beachten Sie, dass die Analyse nur bei vollständig ausgefülltem Formular durchgeführt werden kann.

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann; dieser wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich dokumentieren. Er wird auch dem genannten Labor unverzüglich einen Nachweis des Widerrufs übermitteln.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über ggf. erhobene Neben- und Zufallsbefunde informiert werden, wenn sie hinsichtlich meiner persönlichen Gesundheit und der meiner Blutsverwandten von Relevanz sind.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an folgende Ärzte / Personen geschickt werden: (Name & Adresse):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden ohne darauf Anspruch zu erheben.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung dokumentiert werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DNA) nicht nach gesetzlicher Vorgabe unverzüglich vernichtet, sondern für spätere genetische Untersuchungen archiviert wird. Sind diese Untersuchungen vollständig abgeschlossen, übereigne ich das verbleibende genetische Material in anonymisierter Form dem untersuchenden Labor zur Qualitätssicherung sowie zu Forschungszwecken.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Einwilligungserklärung nach DSGVO:** Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) und werden ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben. Ich kann diese Einwilligungserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich zudem mit den Datenschutzbedingungen einverstanden (Informationen unter [www.ganzimmun.de](http://www.ganzimmun.de)).

Ort, Datum	Unterschrift des/der GenDG verantwortlichen Arztes/Ärztin
Unterschrift Patient/in ggf. aller gesetzlichen Vertreter/Sorgeberechtigten	Name des/der Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben