

**Frauenklinik und Poliklinik des Klinikum rechts der Isar  
der Technischen Universität München**

Anstalt des öffentlichen Rechts

Direktorin: Univ.-Professor Dr. med. Marion Kiechle

**Zentrum "Familiärer Brust- und Eierstockkrebs"**

Leitung der gynäkologischen Tumorgenetik: Dr. med. Ulrich Schatz

**Einwilligungserklärung in genetische Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz**

Patient/in: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert vor genetischen Untersuchungen eine ausführliche ärztliche Aufklärung und schriftliche Einwilligung sowie vor Testung von Gesunden (prädiktive Testung) zwingend eine genetische Beratung. Wir haben mit Ihnen nachstehende Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung geklärt.

*Falls Sie einzelnen Punkten nicht zustimmen möchten, nehmen Sie bitte Streichungen vor.*

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich Folgendes:**

- Von meiner behandelnden ÄrztIn bin ich über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt worden.
- Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen.
- Ich bin mit der Entnahme von Untersuchungsmaterial (v.A. Blut) einverstanden.
- Ich bin mit der Durchführung der genetischen Untersuchung zur Abklärung des Verdachts auf ein erblich erhöhtes Risiko für die Erkrankung an Brust-, Eierstock- oder Gebärmutterkrebs und weiteren damit ggf. im Zusammenhang stehenden Erkrankungen einverstanden.
- In seltenen Fällen können klinisch relevante Zusatzbefunde auftreten, die nicht in Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen. Diese Zusatzbefunde können für mich oder meine Familienangehörigen eine Konsequenz haben. Ich wünsche die Mitteilung von Zusatzbefunden, für die eine Behandlung, oder Vorsorge-/Präventionsmaßnahmen verfügbar sind.
- Ich bin mit der Aufbewahrung von verbliebenem Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung einverstanden. Einen Anspruch auf Aufbewahrung erhebe ich aber nicht.
- Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsergebnissen über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von 10 Jahren hinaus einverstanden. Einen Anspruch auf Aufbewahrung erhebe ich nicht.
- Ich bin damit einverstanden, dass das interdisziplinäre (Ärzte/Behandler-)Team des Zentrums meine Befunde einsehen darf.

- Ich bin damit einverstanden, dass die Übermittlung meines Befundes in Ausnahmefällen durch eine in gleicher Weise kompetente verantwortliche ärztliche Person des Zentrums erfolgen darf.

---

---

---

- Ich bin mit der Nutzung meiner Untersuchungsergebnisse für alle Familienangehörigen bzw. nur für folgende Familienangehörige einverstanden:

---

---

---

- Ich bin mit der Weiterleitung meiner Untersuchungsbefunde an nachfolgende ÄrztIn(nen) einverstanden:

---

---

---

**Ich wurde außerdem über folgende Punkte aufgeklärt:**

- Ich kann meine Einwilligung in die Untersuchung jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurücknehmen und damit die Untersuchung stoppen.
- Ich habe das Recht, die Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen) und vernichten zu lassen. Die Ergebnisse werden dann in meinen Behandlungsunterlagen gelöscht.
- Die genetische Untersuchung bezieht sich nur auf die o.g. Indikation(en) und kann i.d.R. keine Aussagen über andere Erkrankungen/Symptome machen.

**Bitte in Blockschrift ausfüllen:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname:

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Ratsuchenden

\_\_\_\_\_  
Datum, Aufklärende(r) Arzt/Ärztin (Stempel)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aufklärende(r) Arzt/Ärztin