

# Dokumentation der Aufklärung / genetischen Beratung vor / nach genetischen Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Einrichtung / Arzt	Patientendaten (ggf. Aufkleber)								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Name</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Vorname</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">geb.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Tel.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Straße</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">PLZ</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Ort</td> </tr> </table>	Name	Vorname	geb.	Tel.	Straße		PLZ	Ort
Name	Vorname								
geb.	Tel.								
Straße									
PLZ	Ort								

1. Angebot der genetischen Beratung (obligat bei pränataler und prädiktiver Diagnostik)	
Das Informationsblatt zur Aufklärung/genetischen Beratung vor/nach genetischen Untersuchungen gemäß GenDG habe ich gelesen, verstanden und eine Kopie davon erhalten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich wünsche die Durchführung einer genetischen Beratung <b>vor</b> genetischer Untersuchung: Ich wünsche die Durchführung einer genetischen Beratung <b>nach</b> Vorliegen des Ergebnisses:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Verzichtserklärung:</b> Ich lehne die mir angebotene genetische Beratung nach Aushändigung der schriftlichen Information über die Beratungsinhalte ab.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen:	
Ort, Datum:	<b>Unterschrift Patient(in)</b> bzw. gesetzl. Vertreter(in)

2. Bestätigung über erfolgte Aufklärung bzw. genetische Beratung (Nichtzutreffendes streichen)	
Über die Erkrankung / Störung / Diagnose..... ..... deren genetische Grundlage(n), die Möglichkeiten der Vorbeugung/Vermeidung/Behandlung sowie Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft einer möglichen genetischen Diagnostik einschließlich der mit der Probenentnahme bzw. Testung verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt/beraten worden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich mein Einverständnis jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich weiß, dass ich das Recht habe, das/die Untersuchungsergebnis(se) nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung meines Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der genetischen Untersuchung(en) geschickt werden an: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meine(n) Hausarzt/ärztin: Dr. ....</li> <li>▪ Meine(n) Frauenarzt/ärztin: Dr. ....</li> <li>▪ Frau/Herrn Dr.: .....</li> <li>▪ Frau/Herrn Dr.: .....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ort, Datum der Aufklärung/genetische Beratung <b>vor der Untersuchung:</b>	Unterschrift <b>Patient(in)</b> bzw. gesetzl. Vertreter(in):
Ort, Datum der genetische Beratung <b>nach Vorliegen des Ergebnisses:</b>	Unterschrift <b>Patient(in)</b> bzw. gesetzl. Vertreter(in):

3. Dokumentation durch den gemäß GenDG aufklärenden / beratenden Facharzt (ggf. Zusatzblatt verwenden)	
Anamnestische Besonderheiten:	
Dokumentation der Aufklärungs-/Beratungsinhalte <b>vor</b> Untersuchung: <input type="checkbox"/> genetische Grundlage(n) <input type="checkbox"/> Wiederholungsrisiko <input type="checkbox"/> Möglichkeiten der Vorbeugung/Vermeidung/Behandlung <input type="checkbox"/> Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der Untersuchung <input type="checkbox"/> Risiken der Probenentnahme bzw. Testung <input type="checkbox"/> Weiteres:	Dokumentation der Beratungsinhalte <b>nach</b> Vorliegen des Ergebnisses:..... <input type="checkbox"/> genetische Grundlage(n) <input type="checkbox"/> Wiederholungsrisiko <input type="checkbox"/> Möglichkeiten der Vorbeugung/Vermeidung/Behandlung <input type="checkbox"/> Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der Untersuchung <input type="checkbox"/> Risiken der Probenentnahme bzw. Testung <input type="checkbox"/> Weiteres:
Procedere:	Procedere:
Ort, Datum:	Ort, Datum:
Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person	Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person