

Einwilligungserklärung zur Aufbewahrung und Verwendung von genetischem Untersuchungsmaterial für Forschungszwecke

Kommission für Grundpositionen und ethische Fragen der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik e.V. (GfH)

Die Information zur Aufbewahrung und Verwendung von genetischem Untersuchungsmaterial für Forschungszwecke habe ich gelesen, zur Kenntnis genommen und davon eine Kopie erhalten. Ich bin über das Vorhaben, eine Blutprobe (DNA-Probe)

- von mir
- von meinem Kind

für die Erforschung von

.....
zu verwenden
durch Herrn / Frau

.....
ausführlich aufgeklärt
worden.

Ich stimme der Nutzung meiner pseudonymisierten oder anonymisierten Probe bzw. der meines Kindes für wissenschaftliche Zwecke freiwillig zu. Ich stimme auch der Veröffentlichung der in der Studie erhobenen Daten in vollständig anonymisierter Form zu. Kodierung und Lagerung der Proben erfolgen am Institut für Humangenetik und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Richtlinien des Datenschutzes. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen. Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung sowohl zur Aufbewahrung der Probe als auch der daraus gewonnenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In diesem Fall werden sowohl meine DNA-Probe als auch die daraus gewonnenen personenbezogenen Daten umgehend vernichtet. Daraus entstehen mir keinerlei persönliche Nachteile.

Meine Blutprobe (DNA-Probe) / die Blutprobe (DNA-Probe) meines Kindes

- stelle ich für die Erforschung von..... unter dem Schutz eines Pseudonyms zur Verfügung und erlaube die Nutzung für Jahre.
- stelle ich der wissenschaftlichen Forschung allgemein in vollständig anonymisierter Form für Jahre zur Verfügung.
- soll nicht für Forschungszwecke verwendet werden.

Sollte sich aus der Analyse der pseudonymisierten Probe in einer Studie ein für meine Gesundheit wichtiger Befund ergeben, ist eine Kontaktaufnahme seitens der Ärzte des Instituts für Humangenetik

- erwünscht.
- nicht erwünscht.

.....
Ort, Datum

.....
Name, Vorname
(Druckschrift)
Beratender Arzt

.....
Unterschrift

.....
Name, Vorname
(Druckschrift)
Patient / Erziehungsberechtigter

.....
Unterschrift