

## Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz

Name, Vorname (Pat.):.....

Einsender (Stempel):

Geb.Dat.:.....Geschlecht  m  w

Straße:.....

PLZ, Wohnort:.....

Auftrag/Indikation-Diagnose / Verdacht:.....

.....

.....

.....

## Patienten-Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen

Ich stimme der Durchführung vorstehender genetischer Untersuchungen bei mir/meinem Kind zu. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass personenbezogene Daten, insbesondere Name, Geburtsdatum und verwandtschaftliche Beziehungen, für die Untersuchung erforderliche medizinische Daten und Untersuchungsergebnisse unter Einhaltung der Bestimmungen der Datenschutzgesetze sowie des Gendiagnostikgesetzes gespeichert werden. Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass das Untersuchungsergebnis zu Zwecken der Weiterleitung an die/den behandelnde(n) Ärztin/Arzt unter Einhaltung der Bestimmungen der Datenschutzgesetze gespeichert wird.

Eine Weiterleitung der Daten an unbeteiligte Dritte, an datenschutzrechtliche Drittländer bzw. internationale Organisationen – unabhängig von der konkreten Leistung – wird nicht erfolgen. Die ärztliche Schweigepflicht bleibt unberührt. Es besteht keine datenschutzrechtlich sogenannte automatisierte Entscheidungsfindung oder Profiling.

Die personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Durchführung genetischer Analysen verarbeitet. Dies geschieht auf Basis der Rechtsgrundlage Ihrer Einwilligung wie in der Datenschutzgrundverordnung, Artikel 6, Absatz 1, lit. a) beschrieben. Sie stellen die personenbezogenen Daten freiwillig zur Verfügung. Es besteht keine gesetzliche Verpflichtung. Zur Durchführung genetischer Analysen ist die Bereitstellung personenbezogener Daten aber zwingend notwendig. Ohne diese können genetische Analysen nicht durchgeführt werden.

Ich wurde von der/dem behandelnden Ärztin/Arzt umfassend über die zu untersuchende Krankheit bzw. deren differenzialdiagnostische Abgrenzung und deren genetische Grundlage informiert und habe derzeit keine weiteren Fragen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass sich die durchzuführenden Untersuchungen nur auf die oben genannten Krankheiten bzw. deren Abgrenzung beschränken und damit zu anderen Erkrankungen oder eventuellen Dispositionen keine Aussagen getroffen werden können.

Die dem Patienten zugeordneten Ergebnisse der Untersuchungen werden ggfs. nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach zehn Jahren vernichtet, damit diese personenbezogenen Daten ggfs. für spätere Untersuchungen für eine optimale Behandlung des Patienten zur Verfügung stehen.

Falls vom Patienten nicht gewünscht, bitte folgenden Satz streichen:

Blutspendedienst der Landesverbände  
des DRK Niedersachsen, Sachsen-Anhalt,  
Thüringen, Oldenburg und Bremen gGmbH  
31830 Springe  
Registergericht: Amtsgericht Hannover  
HRB: Abteilung B Nr. 101052

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Hans Hartmann  
Geschäftsführer: Bernd Anders

Sitz der Gesellschaft:  
Institute in: Springe  
Springe, Dessau, Erfurt, Gera,  
Bremen-Oldenburg

Postanschrift: 31830 Springe  
Lieferanschrift: Zentralinstitut Springe  
Eldagsener Straße 38

Telefon: (0 50 41) 772-0  
Telefax: (0 50 41) 772-334  
E-Mail: info@bsd-nstob.de

Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich für die Untersuchung wissenschaftlicher Fragestellungen hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat.

Bei weiteren Fragen kann ich mich jederzeit an meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt wenden.

Wenn Sie Ihr Recht auf Auskunft über Ihre beim DRK-Blutspendedienst gespeicherten personenbezogenen Daten wahrnehmen wollen, Ihr Recht auf Datenberichtigung, Datenlöschung, Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung oder Ihr Recht auf Datenübertragung wahrnehmen wollen, senden Sie bitte eine formlose kurze Mitteilung in Textform an eine der oben genannten Adressen. Die genannten Rechte können eingeschränkt sein, wenn z.B. gesetzliche Aufbewahrungspflichten den Rechten entgegenstehen. Sie haben ebenfalls das Recht, die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zu Ihrem Widerruf bleibt unberührt. Sie haben außerdem das Recht zu einer Beschwerde bei den datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörden der Bundesländer und des Bundes, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns rechtswidrig erfolgt oder erfolgen wird.

**Verantwortlicher im datenschutzrechtlichen Sinne:**

DRK-Blutspendedienst NSTOB gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung der Landesverbände Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Oldenburg, Bremen und Thüringen  
vertreten durch den Geschäftsführer:  
Bernd Anders

Eldagsener Straße 38  
31830 Springe

Telefon 05041 / 772-0  
Telefax 05041 / 772-208  
Email: [info@bsd-nstob.de](mailto:info@bsd-nstob.de)  
<https://www.blutspende-nstob.de>

**Interner Datenschutzbeauftragter des Verantwortlichen**

DRK-Blutspendedienst NSTOB gemeinnützige Gesellschaft  
mit beschränkter Haftung der Landesverbände Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Oldenburg, Bremen und  
Thüringen  
Datenschutzbeauftragter

Eldagsener Straße 38  
31830 Springe

Telefon 05041 / 772-0  
Email: [datenschutzbeauftragter@bsd-nstob.de](mailto:datenschutzbeauftragter@bsd-nstob.de)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten / gesetzl. Vertreter/in

**Verantwortliche/er Ärztin/Arzt:**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Blutspendedienst der Landesverbände  
des DRK Niedersachsen, Sachsen-Anhalt,  
Thüringen, Oldenburg und Bremen gGmbH  
31830 Springe  
Registergericht: Amtsgericht Hannover  
HRB: Abteilung B Nr. 101052

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Hans Hartmann  
Geschäftsführer: Bernd Anders

Sitz der Gesellschaft:  
Institute in:

Springe  
Springe, Dessau, Erfurt, Gera,  
Bremen-Oldenburg

Postanschrift: 31830 Springe  
Lieferanschrift: Zentralinstitut Springe  
Eldagsener Straße 38

Telefon: (0 50 41) 772-0  
Telefax: (0 50 41) 772-334  
E-Mail: [info@bsd-nstob.de](mailto:info@bsd-nstob.de)